

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

**Modelo de atención integral de salud en la percepción de
los directivos de la Dirección Regional, Hospitales y
Centros de Salud del Ministerio de Salud del
Departamento de Ica, 2007**

TESIS

para optar el grado académico de Doctor en Medicina

AUTORA

Rosa Elvira Caro Ramos

ASESOR

Larry Rosado Linares

Lima – Perú

2010

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a mis padres Luis Ángel y María Nicolaza, con amor, respeto y admiración por sus sabias enseñanzas. Asimismo dedico con mucho cariño y amor a mis hijos Jaime Javier y Cesar Eduardo, motivos de superación constante.

LA AUTORA

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a los docentes de la Escuela de Post-Grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Doctorado en Medicina, por sus valiosas enseñanzas.

Mi agradecimiento especial al Dr. Larry Rosado Linares asesor del presente trabajo de investigación.

Mi agradecimiento a la Dra. Eleanna Iannacone Silva por su apoyo a la presente tesis, con quien comparto la inquietud por el presente trabajo de investigación.

LA AUTORA

ÍNDICE

RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I: MARCO LÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1. TITULO.....	2
2. INVESTIGADORA.....	2
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
4. MARCO TEÓRICO	2
4.1. Percepción.....	2
a) Concepto aplicado	2
b) Clasificación de las percepciones	3
c) Las fronteras del concepto de percepción.....	4
d) Elementos de la percepción.....	4
e) Percepción Social	5
4.2. Experiencias previas sobre Modelos de Atención	6
4.3. El Modelo de Atención Integral de Salud.....	11
a) Concepto	11
b) Misión del MAIS.....	11
c) Visión del MAIS.....	11
d) Principios Básicos del MAIS	12
d.1) Integralidad.....	12
d.2) Universalidad al acceso	14
d.3) Equidad.....	14
d.4) Calidad.....	14
d.5) Eficiencia.....	15
d.6) Respeto a los derechos de las personas	15
d.7) Participación y promoción de la ciudadanía	15
d.8) Descentralización	16
e) Lineamientos	17

f) Implementación.....	17
g) Estrategias Sanitarias.....	18
h) Componentes	23
h.1) Componente de Organización	23
h.2) Componente de Provisión.....	30
h.2.1) Cuidados Esenciales	30
h.2.2) Paquetes de Atención Integral de Salud	31
h.2.3) Clasificación de Paquetes de Atención Integral de Salud.....	31
h.2.3.1) Paquetes de Atención Integral por Etapas de Vida.....	31
h.2.3.2) Paquetes de Atención Integral a la Familia	41
h.2.3.3) Paquetes para la Generación de Comunidades Saludables y Entornos Saludables	41
h.2.4) Programas de Atención Integral	42
h.2.4.1) Programas por Etapas de Vida.....	42
h.2.4.2) Programas de Atención a la Familia.	44
h.3) Componente de Gestión	44
h.4) Componente de Financiamiento	46
i) Intervenciones	47
j) Perfil de los recursos humanos	48
k) Integración programática.....	48
l) Lineamientos para el cambio	48
m) Prioridades	50
n) Objetivos	50
o) Funciones	51
p) Situación actual	52
5. GLOSARIO DE TÉRMINOS	54
6. OBJETIVOS:.....	63
6.1. Objetivo General.....	63
6.2. Objetivos Específicos	63
7. JUSTIFICACIÓN	64

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	67
1. TAXONOMÍA DE LA INVESTIGACIÓN	68
2. TIEMPO DE DURACIÓN DEL ESTUDIO	68
3. POBLACIÓN DE ESTUDIO	68
3.1. Universo.....	68
3.2. Muestra	69
4. SELECCIÓN Y CAPACITACIÓN DE ENCUESTADORES	71
5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	71
6. INSTRUMENTOS	72
7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	73
 CAPITULO III: ANÁLISIS DE DATOS	 77
1. PROCEDIMIENTO GENERAL	78
2. PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO	78
3. PASOS ANALÍTICOS	79
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS CUALITATIVOS.....	 80
MATRICES	81
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	99
CONCLUSIÓN.....	101
RECOMENDACIÓN	101
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 102
 ANEXOS	
ANEXO N° 1: Cédula de entrevista.....	107
ANEXO N° 2: Taller de capacitación para entrevistadores.....	108
ANEXO N° 3: Entrevistadores y establecimientos de salud	109
ANEXO N° 4: Resultados cuantitativos	110
ANEXO N° 5: Relación de establecimientos categorizados	128
ANEXO N° 6: Formato de consentimiento con plena información	130

ÍNDICE DE MATRICES

MATRIZ N° 1: Percepción del MAIS en la opinión de los Directivos de la Dirección Regional, Hospitales y Centros de Salud del Ministerio de Salud del Departamento de Ica	81
MATRIZ N° 2: ¿Por qué tiene usted esa percepción del MAIS?	83
MATRIZ N° 3: ¿Cómo implementaría el MAIS en su establecimiento de salud?	85
MATRIZ N° 4: ¿Cómo cree usted que el MAIS sería de utilidad?	87
MATRIZ N° 5: ¿Cómo aplicaría usted su Paquete de Atención Integral por etapas de vida?	89
MATRIZ N° 6: ¿Cuáles son las Fortalezas del MAIS?	91
MATRIZ N° 7: ¿Cuáles son las Debilidades del MAIS?	93
MATRIZ N° 8: ¿Cómo cree usted que su Dirección contribuiría a la construcción del MAIS?	95
MATRIZ N° 9: ¿Qué sugiere para unificar la conceptualización del MAIS a nivel nacional?	97

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1: NIVEL DE CORRECCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL MAIS EN LOS DIRECTIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE ICA.....	110
TABLA N° 2: CONGRUENCIA DE LAS RAZONES A LA PERCEPCIÓN DEL MAIS EN LOS DIRECTIVOS DE SALUD DE ICA.....	112
TABLA N° 3: FORMAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	114
TABLA N° 4: FORMAS DE UTILIDAD DEL MAIS EN LA PERCEPCIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA.....	116
TABLA N° 5: APLICACIÓN DE PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA EN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	118
TABLA N° 6: FORTALEZAS DEL MAIS EN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	120
TABLA N° 7: DEBILIDADES DEL MAIS EN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	122
TABLA N° 8: CONTRIBUCIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL MAIS, SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	124
TABLA N° 9: SUGERENCIAS PARA LA UNIFICACIÓN DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL MAIS A NIVEL NACIONAL, SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	126

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Pág.
GRÁFICA N° 1: NIVEL DE CORRECCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL MAIS EN LOS DIRECTIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE ICA.....	111
GRÁFICA N° 2: CONGRUENCIA DE LAS RAZONES A LA PERCEPCIÓN DEL MAIS EN LOS DIRECTIVOS DE SALUD DE ICA	113
GRÁFICA N° 3: FORMAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	115
GRÁFICA N° 4: FORMAS DE UTILIDAD DEL MAIS EN LA PERCEPCIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	117
GRÁFICA N° 5: APLICACIÓN DE PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA EN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	119
GRÁFICA N° 6: FORTALEZAS DEL MAIS EN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	121
GRÁFICA N° 7: DEBILIDADES DEL MAIS EN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	123
GRÁFICA N° 8: CONTRIBUCIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL MAIS, SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	125
GRÁFICA N° 9: SUGERENCIAS PARA LA UNIFICACIÓN DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL MAIS A NIVEL NACIONAL, SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA	127

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo primordial caracterizar la percepción que tienen los Directivos de la Dirección Regional, Hospitales y Centros de Salud del Departamento de Ica, respecto al Modelo de Atención Integral de Salud, mediante una comprensión holística y constructiva del fenómeno, a la par diferenciada entre estratos muestrales.

La investigación posee un abordaje cualitativo; puede ser tipificada como comunicacional, prospectiva y transversal; corresponde a un diseño de teoría fundamentada; y, posee un nivel exploratorio.

Se utilizó una entrevista semi-estructurada, la misma que fue aplicada a una muestra homogénea no aleatoria, conformada por 17 Directivos del Ministerio de Salud de Ica, conformada por 02 Directivos de la Dirección Regional, 10 Directivos de Hospitales (2 del Hospital Regional y 8 de Hospitales de Provincias), y 05 Jefes de Centros de Salud. La recogida de información estuvo a cargo de 06 encuestadores debidamente calibrados. Se utilizó asimismo un procesamiento y análisis interactivos e imbricados con la recolección, apelando al método de teoría fundamentada, para codificar, categorizar y explicar los hallazgos.

El análisis cualitativo operativizado a través de un sistema de matrices y la organización cuantitativa expresada en tablas y gráficas han permitido arribar a resultados interesantes como el hecho de que los Directivos de la Dirección Regional tienen una percepción más congruente del MAIS (100%); los Directivos del Hospital Regional han exhibido una percepción parcialmente congruente y no congruente (10%). Los Directivos de Hospitales de Provincias, aunque mostraron apreciaciones impropias en un 20%, han tenido una percepción parcialmente congruente en el 50% de los casos. Los Directivos de Centros de salud revelaron una percepción mayormente no congruente con el 60%, y parcialmente congruente con el 40%.

Palabras claves: Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS.

ABSTRACT

The present research has as primordial objective to characterize the perception that have the Directives of the Regional Direction, Hospitals and Centers of Health of the Department of Ica, regarding the Pattern of Integral Attention of Health, trough a holistic and constructive understanding of the phenomenon, at the same time differ among sample stratum.

The investigation has a qualitative boarding; it can be tipificada like comunicacional, prospective, traverse, and comparative; it corresponds to a grounded theory design; and, it possesses exploratory level.

A semi-structured interview, was used that was applied to a homogeneous aleatory sample, conformed by 17 Directives of the Ministry of Health of Ica, conformed by 02 Directives of the Regional Address, 10 Directives of Hospitals (2 Regional and 8 Provincias) and 05 Bosses of Centers of Health. The collection of information was in charge of 06 properly gauged searchers. A prosecution and interactive and imbricate analysis also with the gathering, appealing to the method of grounded theory, to code, categorize and o explains the discoveries.

The analysis qualitative operativizado through a system of wombs and the quantitative organization expressed in charts and graphs have allowed to arrive to interesting results as the fact that the Directives of the Regional Address have a more guessed right perception of the MAIS (100%); the Directives of the Regional Hospitals have exhibited an equally incomplete and mislead perception (10%). The Directives of Hospitals, although they showed mistaken appreciations in 20%, they have had a mostly incomplete perception in 50% of the cases. The Directives of Centers of health revealed a mostly misleading perception with 60%, and minorly incomplete with 40%.

Key words: Integral Attendance of Health Model - IAHM.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio ha permitido recoger valiosa información sobre cómo perciben el MAIS los Directivos del Ministerio de Salud en el Departamento de Ica. Con el entendido de que dicha percepción constituye en realidad el nivel de conocimiento global que dichos informantes poseen al respecto, y que de hecho está influido por un conjunto de factores cognitivos, psicológicos y vivenciales.

No obstante al margen de los factores mencionados, por cierto variados, disímiles y a su vez conexos, primordialmente se erige la praxis exigente, consciente y reflexiva, y el conocimiento correcto como los buriles modeladores de la percepción en los actores de salud, los cuales al tener que ver cotidianamente con la preservación de la vida del individuo y la comunidad, cumplen con una función abnegada y excelsa.

Muy en el trasfondo del propósito del estudio, se pretende evaluar el estado actual del conocimiento que los Directivos de Salud del Departamento de Ica, tienen sobre el MAIS. Ciertamente que este diagnóstico perceptivo permitió identificar las debilidades y fortalezas al respecto, mismas que orientaron el sentido de las propuestas, teniendo siempre como fin primordial y teleológico el individuo como ser único y la sociedad con la que se articula como ser colectivo. El MAIS sustenta una práctica social en salud que permite dar coherencia a los procesos, procedimientos y estrategias que a su vez contribuyen a resultados sanitarios esperados.

La tesis medularmente consta de 4 capítulos. En el Capítulo I, se aborda el Marco Lógico de la Investigación consistente en el título, la investigadora, formulación del problema, el marco teórico, el glosario de términos, los objetivos y la justificación.

En el Capítulo II se presenta la Metodología que involucra la taxonomía de la investigación, el tiempo de duración del estudio, la población de estudio, selección y capacitación de encuestadores, técnicas de recolección de datos, instrumentos y el procesamiento de la información.

En el Capítulo III se encara el Análisis de los Datos, que comprende el procedimiento general, el procedimiento específico y los pasos analíticos.

En el Capítulo IV se presenta los Resultados, a través de las matrices interpretadas en estricta correspondencia a los 9 ítems de la entrevista, como consecuencia del ejercicio de la Teoría Fundamentada, que generarán la Discusión, la Conclusión y la Recomendación.

Se deja constancia que el manejo del MAIS como sistema compete más directamente a los Directivos de los Centros de Salud, sin embargo, ello no es óbice para que los Directivos de la Dirección Regional y de los Hospitales tengan alguna percepción de dicho sistema.

CAPÍTULO I

MARCO LÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

1. TITULO:

“Modelo de Atención Integral de Salud en la percepción de los Directivos de la Dirección Regional, Hospitales y Centros de Salud del Ministerio de Salud del Departamento de Ica, 2007”

2. INVESTIGADORA:

a) Responsable: Rosa Elvira Caro Ramos
Médico Pediatra.

b) Entidad Responsable: Ministerio de Salud.
Dirección de Salud Ica.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la Percepción del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en los Directivos de la Dirección Regional, Hospitales y Centros de Salud del Ministerio de Salud en el Departamento de Ica?.

4. MARCO TEÓRICO:

4.1. Percepción

a) Concepto aplicado

Son las opiniones, ideas²⁷, impresiones, sensaciones, pensamientos, experiencias, lo que creen que es, la imagen condicionada por las visiones, objetivos y expectativas que tienen los Directivos del MINSA con relación al Modelo de Atención Integral de Salud y que está influida por los atributos personales y situacionales a través de toda su carga de intereses, prejuicios y estereotipos.

Hume llama "percepción" a todo lo que podemos encontrar en la mente, tanto a los objetos de nuestras vivencias (como las sensaciones, los sentimientos, las pasiones o los pensamientos) como a las vivencias mismas (a los propios actos de percepción, pensamiento, sentimiento o voluntad).

Percepción⁴³ como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.

No obstante que la percepción ha sido concebida como un proceso cognitivo, hay autores que la consideran como un proceso más o menos distinto señalando las dificultades de plantear las diferencias que ésta tiene con el proceso del conocimiento.

b) Clasificación de las percepciones

Hume presenta varias clasificaciones de las percepciones, pero las más importantes²⁸, son las dos siguientes:

- Atendiendo a la primacía y origen se dividen en impresiones e ideas.
- Atendiendo a si son compuestas o no en simples y complejas

Percepciones simples: son las percepciones (tanto impresiones como ideas) que no pueden descomponerse en percepciones más elementales. La percepción del color negro de mi mesa es una impresión simple, el recuerdo de dicho color una idea simple. La percepción de la mesa misma es una percepción compleja, más exactamente una impresión compleja: se compone de las impresiones simples de su color, su forma, y, si también la estoy tocando, su textura, grado de calor,... si cierro los ojos y reproduzco con mi imaginación la percepción anterior, tengo una idea compleja.

Percepciones complejas: las percepciones (tanto impresiones como ideas) que admiten una descomposición en percepciones simples

"Todas las percepciones de la mente humana se reducen a dos clases distintas, que denominaré impresiones e ideas. La diferencia entre ambas consiste en los grados de fuerza y vivacidad con que inciden sobre la mente y se abren camino en nuestro pensamiento o conciencia. A las percepciones que entran con mayor

fuerza y violencia las podemos denominar **impresiones**; e incluyo bajo este nombre todas nuestras sensaciones, pasiones y emociones tal como hacen su primera aparición en el alma. Por **ideas** entiendo las imágenes débiles de las impresiones, cuando pensamos y razonamos.²⁷

c) Las fronteras del concepto de percepción⁴³

Una de las razones por las que el concepto de percepción se ha confundido con otros conceptos relacionados con la cosmovisión, como los valores sociales, las actitudes, las creencias, los roles y otros elementos de las prácticas sociales, es que las fronteras mutuas se traslapan en tanto que todos éstos se refieren a conjuntos de estructuras significantes que describen cualitativamente a las vivencias, es decir que proporcionan los referentes a partir de los cuales se asignan calificativos, cultural e ideológicamente contruidos, para las características atribuidas al entorno.

La percepción ofrece la materia prima sobre la cual se conforman las evidencias, de acuerdo con las estructuras significantes que se expresan como formulaciones culturales que aluden de modo general a una característica o a un conjunto de características que implícitamente demarcan la inclusión de determinado tipo de cualidades y con ellas se identifican los componentes cualitativos de los objetos.

d) Elementos de la percepción⁴³

En el proceso de la percepción se ponen en juego referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas. Cabe resaltar aquí a uno de los elementos importantes que definen a la percepción, el *reconocimiento* de las experiencias cotidianas. El reconocimiento es un proceso importante involucrado en la percepción, porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida con los cuales se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprehenderlas para interactuar con el entorno. De esta forma, a través del reconocimiento de las características de los objetos se construyen y reproducen modelos culturales e

ideológicos que permiten explicar la realidad con una cierta lógica de entre varias posibles, que se aprende desde la infancia y que depende de la construcción colectiva y del plano de significación en que se obtiene la experiencia y de donde ésta llega a cobrar sentido.

De acuerdo con los referentes del acervo cultural lo percibido es identificado y seleccionado, sea novedoso o no, adecuándolo a los referentes que dan sentido a la vivencia, haciéndola comprensible de forma que permita la adaptación y el manejo del entorno.

e) Percepción Social⁴⁴

La percepción social es el estudio de las influencias sociales sobre la percepción. Hay que tener en cuenta que las mismas cualidades pueden producir impresiones diferentes, ya que interactúan entre sí de forma dinámica.

Las impresiones cuentan con una cierta estructura, donde hay cualidades centrales y cualidades periféricas. Cada parte forma un todo; la omisión o el agregado de una cualidad alteran la percepción global.

En el caso de la percepción de personas, aparecen diversos factores que influyen en la percepción: las expectativas acerca del sujeto con el que se va a interactuar, las motivaciones (que hacen que el hombre que percibe vea en el otro individuo lo que se desea ver), las metas (influyen en el procesamiento de la información), la familiaridad y la experiencia.

Existen distintos efectos que alteran la percepción social. De acuerdo al valor del estímulo, puede producirse la acentuación perceptiva (cuando el valor de un estímulo es grande, éste se percibe mayor de lo que es) o el efecto halo (si una persona es vista de forma positiva en alguno de sus rasgos, tenderá a verse de forma positiva en otros rasgos). De acuerdo al significado emotivo del estímulo, puede provocarse la defensa perceptiva (ante estímulos amenazadores) o la perspicacia perceptiva (ante estímulos que pueden satisfacer una necesidad o brindar algún beneficio). El estereotipo (la asignación de atributos en función de la identidad grupal), el prejuicio (la forma individual de establecer juicios sobre

personas o cosas alejados de la percepción social común) y la proyección (el efecto de las propias emociones al evaluar personas o situaciones) también son efectos alterados de la percepción.

4.2. Experiencias previas sobre Modelos de Atención

Durante décadas hemos afrontado la problemática de salud pública de nuestro país de diferentes ángulos de solución, como fue en inicios a través de las inmunizaciones, las fichas familiares, las visitas domiciliarias para seguimiento de casos que nos dieron una visión segmentaria de la atención del paciente, olvidándonos de la integralidad de la persona, de la familia, comunidad y el entorno. La Atención Integral se concibió en un primer momento como la prestación integrada a los servicios que eran ofrecidos en forma desarticulada por los programas verticales existentes. Se buscaba generar mayor eficiencia y reducir las oportunidades perdidas que iban contra el cumplimiento de las metas programáticas.

En 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF en Alma Ata se proclamó la convicción de que la salud no puede ser un privilegio de pocos pues es un derecho humano universal y fundamental. "El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud". Se consideró al agente comunitario en salud como un actor fundamental en la Implementación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud, como articulador de acciones comunitarias.

En 1986, se llevó a cabo la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud, en Ottawa en la que se elaboró "la Carta de Ottawa" que hace importantes avances en la conceptualización de la promoción de la salud, entendiéndola no concentrada exclusivamente en los estilos de vida y la responsabilidad individual, como inicialmente se definió, sino desde una perspectiva más amplia, planteando la importancia del entorno físico, económico, social, cultural y ambiental como determinantes de la salud.

La Carta de Ottawa propone cinco áreas:

- Elaboración de políticas públicas saludables, cuyo principal objetivo es crear un ambiente de soporte que permite a la gente conducir su vida de manera saludable.
- Creación de espacios y entornos saludables pues éstos ofrecen a las personas la protección frente a las amenazas para su salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía frente a éstas.
- Reforzamiento de la acción comunitaria, referida a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud.
- Desarrollo de habilidades personales, que permiten controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y contribuir a que éste cambie.
- Reorientación de los servicios de salud: esto debe conducir a un cambio de actitud y organización de los servicios sanitarios para que se centren en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de la población.

En el Perú, desde hace varios años, existieron esfuerzos importantes por introducir la atención integral en los servicios. La mayoría de las experiencias que se listan a continuación se iniciaron en la primera mitad de la década de los 90, habiendo alcanzado su mayor desarrollo en los últimos años de ésta. Se trató de realizar lo que se denominó Sistemas Locales de Salud (SILOS), que en el Perú se inicia en el Callao con la denominación de Zonas Distritales de Salud, que pretendía captar las necesidades sentidas de nuestra población, posteriormente el Ministerio de Salud emite una resolución en la que colocan el nombre de Zonas de Desarrollo Integral de Salud (ZONADIS), cuyo fin era el mismo. La cooperación técnica y financiera internacional contribuyó en el proceso a través de experiencias como el Proyecto 2000 (P2000), el Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS), el Proyecto de Desarrollo de

Capacidades, y el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB)¹, entre otros, los cuales han contribuido de modo importante para la orientación y desarrollo de los cambios en el Modelo de Atención, orientándolo hacia una atención más integral. Dichos proyectos apoyaron iniciativas en varias regiones del país, y capacitaron a profesionales, técnicos y agentes comunitarios de salud según los nuevos enfoques.

En el año 2001, se elaboró un documento de lineamientos de Políticas de Promoción de la salud:

- Contribuir al desarrollo humano integral, fomentando una cultura de la vida y de la salud, donde las personas, familias y comunidades tomen decisiones responsables, respetando la dignidad de las personas y tendientes al desarrollo sostenible.
- Fomentar en la población comportamientos, hábitos, habilidades sociales y estilos de vida saludables que contribuyan con la calidad de vida. Fomentar y fortalecer la participación ciudadana en los aspectos relacionados a mejorar la salud de las personas y las comunidades.

Fomentar que las escuelas se constituyan en centros formadores de una cultura de salud en la niñez y en la población en general.

Reorientar la atención en los servicios y del personal de salud con criterios de promoción de la salud.

En otras regiones del país ha habido avances importantes. Tal es el caso de Tacna, y especialmente Ayacucho en tiempos más recientes (Proyecto PACD, 2001-2003), donde se han hecho esfuerzos alentadores por generar un modelo de gestión más acorde con la atención integral, y conseguir una mayor participación de la comunidad.

El Ministerio de Salud, el 20 de junio del 2003, aprobó con Resolución Ministerial Nº 729 - 2003 SA/DM el documento², "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud", elaborado para el período 2002 - 2012, a efecto de priorizar y consolidar acciones de

atención integral de salud relativas a la promoción, prevención y cuidado de la salud, disminuyendo los riesgos y daños, especialmente de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.

El Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT) desarrolló una metodología para la formación de recursos humanos orientados a prestar una atención integral. En un primer momento, se concibió la atención integral como la prestación integrada de los servicios que eran ofrecidos por los programas nacionales entonces vigentes. Se buscaba generar mayor eficiencia y reducir las oportunidades perdidas que iban contra el cumplimiento de las metas programáticas. Estos esfuerzos incluyeron la definición de estándares³ y mecanismos para la acreditación de servicios que cumplieran con los criterios de atención integral. Sin embargo, muchos de estos esfuerzos", por introducir la atención integral en los servicios alcanzaron un éxito limitado y no se logró modificar el modelo existente. Actualmente, los logros alcanzados por el PSBPT⁴. Se mantienen sólo en algunos establecimientos de salud donde se desarrollaron las experiencias iniciales.

Paralelamente, y ante la ausencia de una conducción clara del Nivel Central, surgieron dinámicas regionales de búsqueda de modelos y procesos de atención integral. La más antigua y reconocida es la del Proyecto UNI, en el distrito de Moche, en Trujillo (La Libertad)⁵, financiada con aportes de la Fundación Kellog. Esta propuesta organizó un sistema sectorizado, con una metodología orientada a lograr la protección de la familia. Además, se consiguió ligar la atención individual en el establecimiento de salud a la atención de la familia y de los sectores, bajo una lógica de riesgos y señales de alarma.

Otra experiencia relevante fue desarrollada al final de la década pasada en Cajamarca, con el Proyecto APRISABAC (Convenio Multilateral Perú-Holanda-Suiza con la DISA Cajamarca). Se apuntó a ofrecer una atención integral y con calidad a la población, desarrollando particularmente el componente de atención extramuros a la comunidad, con un enfoque participativo⁶.

En el mismo sentido, la DISA de San Martín estableció esquemas organizacionales más integrados y una experiencia regional en atención integral. En esta experiencia se avanzó en la definición de procesos de atención integral para la mujer y el niño, reorganizando los servicios y generando un conjunto de sistemas de apoyo para el Modelo de Atención⁷. En otras regiones del país ha habido avances importantes. Tal es el caso de Tacna, y especialmente Ayacucho (Proyecto PACD, 2001-2003), donde se han hecho esfuerzos alentadores por generar un modelo de gestión más acorde con la atención integral, y conseguir una mayor participación de la comunidad.

En estas formas de ver la Salud se trató de introducir la cultura de la salud integral, sin embargo vino los años del mejoramiento de la producción que no permitió desarrollarnos en el aspecto de la Atención Primaria de Salud, luego el Ministerio de Salud introduce el término de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), con la finalidad de cambiar nuestro modo de atención a la persona, familia, comunidad y el ambiente.

A nivel nacional se han encontrado dificultades difíciles de vencer, la más importante de las cuales es la falta de institucionalización de la estrategia, lo que se traduce en actividades de planificación, presupuesto, supervisión y seguimiento ausentes o inadecuados a nivel central y regional, así como en una implementación débilmente coordinada de los diferentes componentes de MAIS. Actualmente el MINSA está promoviendo la implementación de la estrategia en el marco del nuevo Modelo de Atención Integral a la Salud de la Niñez¹⁰ (MAIS) con el cual estaríamos fortaleciendo la implementación del componente institucional de la estrategia cuyo objetivo está orientado a mejorar los Sistemas y servicios de Salud.

4.3. El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

a) Concepto

El Modelo de Atención Integral de Salud se define como el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos, que operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, familia y comunidad para satisfacer sus necesidades de salud. El Ministerio de Salud ha señalado, como uno de sus lineamientos⁸, fundamentales para el periodo 2002 - 2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral. Esto supone, en términos generales, "priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)⁹, constituye el marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación.

b) Misión del MAIS³⁷

El MAIS cumple roles específicos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación de la salud de la persona, familia y la comunidad, permitiendo el logro de mejores niveles de vida poblacionales, en función a sus necesidades de salud por medio de la atención por etapas de vida de la persona en el contexto.³³

c) Visión del MAIS

El MAIS pretende lograr una provisión eficaz, democrática, justa y continua de servicios de salud de la mayor calidad que alcancen a todos los niveles socioeconómicos, prioritariamente los sectores poblacionales más desfavorecidos y postergados de la sociedad, mediante un otorgamiento de cuidados de salud sin distinciones y de modo solidario, y mediante la debida

articulación de la movilización nacional de recursos, a efecto de revertir los índices de enfermedad del país y mejorar la calidad de vida de la población³³.

d) Principios Básicos del MAIS³⁹

Los principios del Modelo de Atención Integral que están descritos en la RM 729 / 2003, son:

1. Integralidad
2. Universalidad al acceso.
3. Equidad
4. Calidad
5. Eficiencia
6. Respeto y Derecho de las personas
7. Participación y Promoción de la ciudadanía.
8. Descentralización.

d.1) La Integralidad

Integralidad de las acciones en los servicios de salud. Se atenderá a la persona como un ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para la toma de decisiones de forma consciente y sistemática respecto a su salud, de los miembros de su familia, de su comunidad así como para la protección y mejora del ambiente que lo rodea. A través de este principio se organiza el conjunto de acciones requerido para abordar las necesidades que presenta la población³³.

La integralidad garantiza un conjunto de acciones integradas en las diferentes fases de la prevención, promoción, tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud, así como contribuir a la protección del medio ambiente, con el objeto de lograr una atención integral de la persona, la familia y la comunidad³³.

Entre los principios y valores que sustentan este nuevo modelo, el más importante es la integralidad el cual tiene varias dimensiones:

- Las personas son el centro del modelo.
- Las personas son reconocidas en su carácter multidimensional (bio-psicosocial). Abordaje Intersectorial.
- La familia es el ámbito privilegiado³¹, donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Para poder prestarle una atención adecuada, es necesario considerar a la familia como algo diferente a la suma de sus miembros, como un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social y en donde sus integrantes interactúan como microgrupos, formando a su vez subsistemas con factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia.
- La familia es un subsistema del gran sistema que representa la comunidad, con la cual interactúa. La familia es la unidad social básica, tiene el compromiso de nutrirse emocional y físicamente, deben compartir recursos como tiempo, espacio y dinero.
- La comunidad y el ambiente forman parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia.
- La atención integral en salud supone que las intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación son ofrecidas de manera integrada.

El ordenamiento de los servicios de salud se basará en criterios de accesibilidad geográfica, cultural, de género y económica, que garanticen una puerta de entrada de fácil, cercano e inmediato acceso, reconocida por la población como su punto de referencia permanente; para favorecer el primer contacto de los usuarios, a fin de fomentar la confianza y credibilidad de los servicios.³³

Es la relación personal a largo plazo que se establece entre el personal proveedor y usuarios del servicio. Este principio del modelo implica que existe un lugar, una persona o un equipo de trabajo que le provee atención a los usuarios a lo largo del tiempo, sea para acciones de prevención o de

diagnóstico y tratamiento, y se sustenta en la adscripción de familias a un equipo de salud³³.

d.2) Universalidad al acceso

Se garantiza la cobertura del servicio de salud a toda la población³³.

La atención debe ser universal, en cuanto se busca asegurar, con el trabajo coordinado de todos los actores del Sector, una cobertura real para la atención, promoción y recuperación de la salud de toda la población, en la medida que es un derecho fundamental de todas las personas. El Ministerio de Salud debe garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud, en especial de las poblaciones con menores recursos que no son cubiertas por otro régimen de prestación, público o privado.³⁷

d.3) Equidad

Oportunidad que tiene la población de acceder a los servicios esenciales de salud, privilegiando a los sectores vulnerables, para resolver sus problemas de salud³³.

La atención debe ser equitativa, en la medida en que se reconocen las grandes desigualdades en las condiciones y calidad de vida y salud de las personas. La atención debe contribuir a eliminar las inequidades, distribuyendo los recursos y servicios de tal forma que se pueda atender a los grupos de población en función de sus necesidades de salud.³⁷

d.4) Calidad

Se garantiza el mejoramiento continuo de la atención en salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención conforme la disponibilidad de recursos y tecnología existente, para brindar el máximo beneficio y satisfacción con el menor costo y riesgo posible.³³

La calidad debe orientar los esfuerzos institucionales hacia la obtención del máximo beneficio para las personas, familia y comunidad, sin aumentar sus

riesgos mediante la aplicación del conocimiento y tecnología apropiada, tomando en cuenta las expectativas y percepciones de los usuarios externos e internos, así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución, en concordancia con la dignidad de la persona y los valores sociales.³⁷

d.5) Eficiencia

Optimizar los recursos del sector social, a fin de brindar los servicios esenciales que requiere la población.³³

La atención debe ser eficiente en cuanto se orienta a aquellos grupos más vulnerables o en situaciones de riesgo (eficiencia social) de forma tal que el resultado del gasto proporcione los mayores resultados en términos de mejora en la situación sanitaria de la población.³⁷

d.6) Respeto a los derechos de las personas

Todos los habitantes de la República están obligados a velar, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria, así como las condiciones de salubridad del medio ambiente en que viven y desarrollan sus actividades³³.

La atención debe promover el reconocimiento de las personas como sujetos principales de su propia salud, la de su familia y su comunidad. El respeto de los derechos exige actuar de manera responsable y con transparencia, mucho más en los aspectos relacionados con las decisiones en torno a la propia salud.³⁷

d.7) Participación y promoción de la ciudadanía

Se garantiza la participación activa, de los ciudadanos y la sociedad civil organizada, en las propuestas para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud en sus distintos niveles, así como en su seguimiento y evaluación³³.

La atención debe promover y apoyar la participación de la persona, la familia y la comunidad en torno a la mejora de las condiciones de salud. Igualmente, se debe fortalecer su corresponsabilidad en el desarrollo, mantenimiento y control de la calidad de los servicios, creando nuevas prácticas de participación y de debate, de diálogo interpersonal y escucha, y establecimiento de acuerdos e intereses comunes, en el marco del actual proceso de descentralización. La participación de la comunidad permite hacer efectiva la solidaridad, mediante el apoyo que brindan, por ejemplo, los comités de salud local, la unidad de vigilancia comunal, las redes sociales, el trabajo de los agentes comunitarios de salud, entre otros agentes sociales.³⁷

d.8) Descentralización

Coordinación entre los niveles de atención en salud. La coordinación es la base de la articulación de los servicios y su organización para responder al marco definido por el MAIS, lo cual implica evolucionar hacia nuevas formas de atención compartido entre profesionales de diferentes perfiles, grado de especialización, ubicados en establecimientos de diferentes niveles de atención. El equipo de salud se convierte en el eje de respuesta, ya sea de forma directa o remitiendo según los requerimientos a otros puntos de atención, garantizando el seguimiento y el monitoreo de los procesos de atención³³.

Se garantiza la gratuidad de la salud, priorizando sectores más pobres en áreas rurales y urbanas marginales³³.

Se garantiza el acceso a los servicios esenciales de salud, a través de la contribución y distribución de los recursos y conforme las reglas propias de los diferentes regímenes que se establecen en la Ley General de Salud³³.

Se garantiza la viabilidad del sector a través de la continuidad de acciones y procesos dirigidos a preservar la salud, de manera que no decaiga o se extinga por factores políticos, culturales, sociales, financieros,

organizacionales o de otra naturaleza, considerando las limitaciones propias en materia de recursos disponibles³³.

La atención debe ser descentralizada, favoreciendo la autonomía regulada de los niveles regionales y locales.

De esta forma se podrán desarrollar nuevos liderazgos, en función de la mejora de la atención.³⁷

e) Lineamientos^{33,38,40}

La decisión de definir los Lineamientos se sustenta en los siguientes hechos:

- Especificidad de las necesidades en salud de este grupo poblacional.
- Necesidad de atención integral en la población en general diferenciándolos por grupos etáreos.
- Necesidad de diseñar las intervenciones preventivas, promocionales, curativas y rehabilitadoras de acuerdo a estas necesidades de salud, tomando en cuenta las diversas realidades psicosociales y culturales de nuestro país.
- Oportunidad para reforzar estilos de vida saludables que permitan prevenir y/o revertir vulnerabilidades.
- Oportunidad de habilitarlos y rehabilitarlos para un proyecto de vida pleno, que incluya el cuidado de su salud y la de los demás.
- Cuidado y promoción de su salud como una condición necesaria para su efectiva participación como agente de desarrollo.

f) Implementación³³

No existe fórmula única para lograr implementar y/o mantener el Modelo de Atención Integral. Su logro dependerá de la decisión política y de la capacidad gestión nacional, regional y local en función de los componentes:

provisión, organización, gestión y financiamiento.

Las Direcciones de Salud tienen la responsabilidad de implementar y hacer avanzar el Modelo de Atención Integral en los distintos niveles de atención. El Nivel Central tiene la responsabilidad de conducción, decisión política, asistencia y/o cooperación técnica, monitoreo-evaluación nacional y de ajustar los mecanismos nacionales de soporte y financiamiento para facilitar el desarrollo del MAIS en cada uno de sus componentes. El MAIS debe implementarse, mantenerse y ajustarse al contexto político, social, económico, cultural y epidemiológico de cada ámbito.

El MAIS es el marco para la nueva provisión y gestión de la atención en salud, por tanto requiere reformular la articulación de todos los órganos estructurados en los diferentes niveles, sin excepción.

La implementación es un proceso gradual, dinámico, flexible y participativo.

Se debe aplicar un modelo estándar pero con adecuaciones al contexto en el cual se aplica. El Modelo es único e incluye que sea flexible.

El Modelo de Atención Integral se fortalece con las iniciativas y actitudes positivas del personal de salud, debiendo valorarse la creatividad e innovación. El pilar fundamental para la implementación es el apostar por el desarrollo del potencial humano generándole capacidades y competencias. El perfil del profesional de salud debe responder al marco del MAIS.

Las personas, en función a sus derechos y considerando sus necesidades de salud, tienen que recibir cuidados esenciales sanitarios a lo largo de su vida, en forma individual, familiar y comunitario, tomando siempre en cuenta los principios del Modelo de Atención Integral.

Se debe aplicar un modelo estándar pero con adecuaciones al contexto en el cual se aplica. El Modelo es único e incluye que sea flexible. El Modelo de Atención Integral se fortalece con las iniciativas y actitudes positivas del personal de salud, debiendo valorarse la creatividad e innovación. El pilar

fundamental para la implementación es el apostar por el desarrollo del potencial humano generándole capacidades y competencias. El perfil del profesional de salud debe responder al marco del MAIS.

Las personas, en función a sus derechos y considerando sus necesidades de salud, tienen que recibir cuidados esenciales sanitarios a lo largo de su vida, en forma individual, familiar y comunitario, tomando siempre en cuenta los principios del Modelo de Atención Integral

g) Estrategias Sanitarias Nacionales

Son parte del Modelo de Atención Integral, conforman uno de los ejes brindando los contenidos de la mayoría de los cuidados esenciales, resolviendo el “qué y cómo lograr la meta”.

La oportunidad y continuidad de la atención para la resolución de los daños se garantiza utilizando las diferentes capacidades resolutivas de la red de servicios de salud.

Los hospitales que no tienen ámbito cumplen un rol dentro del MAIS en la parte recuperativa y de rehabilitación especializada bajo el sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Considerar los deberes y los derechos de los usuarios internos y externos, fomentando la corresponsabilidad en salud.

El enfoque de género, derecho e interculturalidad debe conformar parte de las prestaciones en salud: fluxograma, ambientes de los servicios de salud, señalización, comportamiento del personal de salud, entrega de los servicios, etc.

Los Establecimientos de Salud deben de cumplir las normas y procedimientos de los estándares de la calidad a través de la implementación de mejora continua de la calidad.

A nivel Nacional existe un mínimo de indicadores, los cuales serán monitoreados según corresponda. Así mismo el nivel regional puede incorporar indicadores propios de acuerdo a su realidad de salud.

Las Estrategias Sanitarias Nacionales y Regionales permiten el abordaje, control, reducción, erradicación o prevención de los daños/riesgos priorizados y el logro de objetivos sobre las Prioridades Sanitarias en promoción en salud, en función de las políticas nacionales y los compromisos nacionales adquiridos.

Las Estrategias Sanitarias tienen como características principales la Intersectorialidad, el no estar ligadas a la producción de servicios y la búsqueda de impacto sobre los reales factores que dan origen y perpetúan el problema priorizado, con la mejor relación de costo-efectividad y pudiendo evidenciarse resultados en un plazo breve.

Las prioridades sanitarias pueden ser temas de importancia que requieren ser fuertemente promovidos para mejorar la vida de la población (p.ej. Estimulación pre-natal y temprana); o riesgos/daños que tienen una externalidad negativa, una prevalencia elevada y/o una tendencia creciente, pudiendo potencialmente generar una emergencia sanitaria.

Para el desarrollo de las Estrategias Sanitarias es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Las Estrategias Sanitarias parten de una **definición** precisa de las **Prioridades Sanitarias** nacionales y regionales, a partir de un análisis cuidadoso de la situación de salud nacional y regional.
- Las Estrategias Sanitarias se formulan a partir de la **identificación**, considerando todas las evidencias disponibles, de los **reales factores críticos** que influyen en el origen y perpetuación de cada problema priorizado, con el fin de acumular las mayores probabilidades de impacto con la mejor relación de costo-efectividad.

- Dado que algunos de los factores críticos de los problemas abordados podrían no estar bajo la acción directa de las instituciones del sector salud, es necesario fomentar la corresponsabilidad con otros actores sociales (públicos o privados) en un proceso de **Concertación de la Estrategia Sanitaria**. En este proceso se busca lograr acciones consensuadas que movilicen el máximo de recursos técnicos posibles, tanto humanos como materiales, a nivel institucional, sectorial e inter-sectorial. La capacidad de liderazgo y conducción del MINSA es clave en esta fase. El producto de este proceso es el Plan de Acción Intersectorial, que incluye la definición de responsabilidades en todos los niveles.
- Las acciones de las Estrategias Sanitarias ya concertadas, se insertan dentro de los **procesos de la planificación operativa regional y local**, aprovechando para ello los espacios de concertación ya existentes, como las Mesas de Trabajo Intersectorial y de Lucha contra la Pobreza.

Las Estrategias Sanitarias deben asegurar la viabilidad política - fruto de la concertación - y la consistencia técnica necesaria. Las Estrategias generan procesos innovadores de gestión y de atención, vinculados a la planificación y programación sanitaria tanto en el ámbito nacional, regional como local, optimizando las acciones intra e intersectoriales.

El proceso inicial de desarrollo de dichas estrategias pasa por un proceso de formulación de la propuesta, que es encargado a los órganos técnicos del MINSA, la Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección General de Promoción de la Salud. Esta propuesta es llevada a espacios de concertación donde se debate, enriqueciéndola y consensuándola, hasta que finalmente se obtiene una Estrategia Nacional legitimada socialmente al contar con la aprobación de los principales actores sociales que trabajan en el ámbito de dicha prioridad sanitaria. Dicha Estrategia es llevada al nivel regional donde sufre de un proceso semejante de concertación y adecuación para constituirse en una Estrategia Regional consensuada en este nivel y finalmente insertarse en los planes operativos y ser abordada por los diferentes equipos técnicos.

El proceso de formulación de las Estrategias Sanitarias Nacionales y Regionales ha asumido, al iniciarse la implementación del Modelo de Atención Integral, los siguientes problemas prioritarios:

Estrategias Sanitarias:

- Prevención y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles
- Prevención y Control de enfermedades Transmisibles:
 - Tuberculosis
 - ITS/VIH/SIDA
- Prevención y control de enfermedades Metaxémicas:
 - Malaria
 - Dengue
 - Zoonosis
- Prevención y control de enfermedades No Transmisibles;
 - Diabetes
 - Hipertensión Arterial
 - Ceguera
 - Neoplasias
- Salud reproductiva: Promover una Maternidad Saludable y segura
- Reducción de la Mortalidad Materna
- Reducción de la Mortalidad Infantil
- Reducción de la Malnutrición Infantil y Materna
- Estimulación Prenatal Temprana
- Salud Mental contra la Violencia
- Reducción de accidentes de tránsito.

Las Estrategias Sanitarias atraviesan todos los ciclos de vida; no tienen estructura orgánica, ni sistemas específicos de soporte o vigilancia, pero requieren mecanismos propios para el seguimiento de la evolución epidemiológica de la prioridad sanitaria y de los procesos clave para la producción de servicios que se relaciona con estos problemas.

h) Componentes³³

Los componentes del MAIS hacen viable la operación y desarrollo del Modelo de Atención Integral. Son los siguientes:

- Organización
- Provisión
- Gestión
- Financiamiento

h.1) Componente de Organización

Comprende el conjunto de sistemas, procesos y acciones que permite reordenar la oferta sanitaria y social para cubrir las necesidades de atención de salud en las dimensiones de persona, familia y comunidad.

La organización, según la RM 729/2003 está estructurada en dos niveles: el Nivel Central y el Nivel Descentralizado. El Nivel Descentralizado, a su vez, tiene dos niveles, el nivel Regional (Direcciones de Salud) y el nivel Local (Redes de Salud y sus Establecimientos de Salud), los siguientes pasos son indispensables, sin embargo cada uno de ellos puede implementarse gradualmente:

- La Sectorización del ámbito de intervención, es el primer paso y más importante. Implica la división del territorio, asignación de población, asignación de personal responsable por sector, al menos en las zonas de mayor riesgo, y planificación de actividades integrales por responsables de sector. La división del territorio se define por manzanas, comunidades o caseríos.

- La identificación de las viviendas y de la población, al menos de las zonas de mayor riesgo, con el llenado de la Ficha Familiar que incluye el registro de los miembros de la familia, sus necesidades, riesgos, problemas y condiciones.
- El Plan de Salud Local consensuado, participativo con la comunidad y organizaciones existentes, basado en la situación de salud local, las necesidades de salud y los recursos comunitarios institucionales e intersectoriales. El Plan se convierte en el Instrumento de gestión.
- Consultorios de atención integral organizados de tal forma que en él se pueda brindar los cuidados esenciales de una etapa de vida. Un consultorio puede funcionalmente servir a más de una etapa de vida.
- Implementación del sistema de registro y seguimiento por comunidad, a través de:
 - Registro diario
 - La Historia Clínica

La calificación del riesgo en tres niveles: personal, familiar y comunal, facilita la atención, permitirá un mapeo de cada nivel, facilitando el análisis y la dirección de los esfuerzos a los grupos de mayor riesgo.

Los criterios para calificar riesgo deberán construirse regionalmente y deberán tomar en cuenta:

- El perfil epidemiológico de la región
- Categorización en bajo, mediano y alto riesgo.
- Los datos de los criterios deberán encontrarse registrados en los diferentes instrumentos según los niveles correspondientes persona, familia, comunidad: Historia Clínica por Etapa de Vida, Ficha Familiar, Libro Extramural.

- En la dimensión persona, los criterios deberán elaborarse por etapa de vida
- Los criterios deberán revisarse con la periodicidad indicada por la región
- El nivel nacional puede establecer criterios de carácter nacional.

Asimismo la organización del Establecimiento de Salud debe considerar:

- Todo el personal del establecimiento de salud tiene la responsabilidad y el compromiso en la ejecución y desarrollo del MAIS, respetando la estructura jerárquica existente. Así mismo participa en la generación de ciclos de conocimiento basado en evidencias y experiencias.
- La responsabilidad de la más alta autoridad del Establecimiento de Salud para incorporar a los líderes comunales como cogestores del desarrollo en salud.
- La identificación de la Capacidad Resolutiva de los Establecimientos de Salud desde el primer nivel de atención, utilizando los instrumentos y normas de Categorización, y definiendo la cartera local de servicios
- El Sistema de Referencia y Contrarreferencia por niveles, desde la comunidad a los niveles de mayor complejidad, que permita una adecuada oportunidad, continuidad y resolutiveidad de los problemas de salud
- La recolección de datos, registro, procesamiento análisis, supervisión, monitoreo y evaluación permanente, permitirán tomar decisiones adecuadas.

1) Organización de los Establecimientos de Salud para la dimensión Persona

La entrega de los servicios a la persona en el contexto de su familia se efectuará considerando las necesidades y cartera de servicios esenciales según las etapas de la vida y los siguientes procesos flexibles que deben de adecuarse al contexto del establecimiento de salud:

- **Captación:** Las personas pueden ser captadas en el establecimiento de salud (consultantes, acompañantes, usuarios de otros servicios y los referidos) o pueden ser captados en la comunidad.
- **Admisión integral:** Es un momento clave de la atención, porque adicionalmente a los procesos que habitualmente se desarrollan en ésta, se incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar, lo cual permite ofertar un Plan de Salud.

Se realiza:

- Reconocimiento de emergencias. En cuyo caso el paciente debe ser derivado inmediatamente para la atención respectiva.
 - Apertura o búsqueda de la historia clínica.
 - Identificación del financiamiento: Sistema Integral de Salud (SIS), subvenciones, exoneraciones o pagos particulares
 - Identificación y priorización de necesidades de salud (parcial o completamente)
 - Sensibilización e información sobre los beneficios del Plan / Paquete de Atención Integral.
 - Triage. En el caso de niño o gestante, la toma de peso, talla y Presión Arterial se efectuará durante la consulta. Para otras etapas de vida se evaluará el beneficio y factibilidad del triaje durante la consulta.
 - Se derivará al paciente a la consulta que le corresponde.
- **Atención Integral:** En respuesta al problema de salud, se le ofrece el Cuidados Esenciales específico, teniendo en cuenta las guías clínicas, normas y protocolos respectivos.

- Atención del motivo de consulta. Incluye servicios intermedios
- Identificación de otras necesidades y riesgos de salud
- Se recomienda que en este proceso se identifique el riesgo personal (individual)
- Orientación sobre el Plan de Atención Integral y reforzar la importancia de su cumplimiento.
- Entrega de los cuidados esenciales correspondientes según plan establecido con el usuario
- Se citará para control del problema actual de salud y continuación del Plan de Atención Integral.
- Derivación a otros servicios según necesidad
- Se realizará la transferencia: referencia o contrarreferencia según el caso.
- **Seguimiento y monitoreo de personas en el contexto de la familia:** Se asegura la continuidad de las acciones hasta completar la oferta del Paquete de Atención Integral, luego de la identificación y priorización de necesidades.
 - Se concreta el cumplimiento del Plan de atención elaborado de acuerdo a las necesidades de la persona identificadas dentro y fuera del Establecimiento de salud.
 - Se continúa con las acciones familiares, comunitarias y del entorno de ser necesarias.

2) Organización de los Establecimientos de Salud para la dimensión Familia

Debemos considerar que la familia es la unidad fundamental del gran sistema social que representa la comunidad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social. En el campo de la salud, la familia debe constituirse en la unidad básica de intervención, ya que dado que sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero”, es en esta unidad donde se debe enfocar la atención para mejorar la salud de la población del país.

Para las acciones la familia se considera constituida por los siguientes componentes:

- **Miembros Individuales:** Las familias están constituidas por personas, y para que la familia se considere saludable se requiere que las necesidades de salud de cada una de ellas hayan sido abordadas y cubiertas por el Sistema de Salud.
- **Grupo Familiar:** La familia no es sólo la suma de sus miembros. La dinámica al interior de la familia, que se traduce por las relaciones entre los miembros, es el gran determinante de los desempeños positivos o negativos de los miembros individuales y de la familia como un todo.
- **Vivienda y Entorno físico:** Las familias desarrollan sus actividades cotidianas en el contexto de una vivienda y entorno, los cuales pueden funcionar como elementos protectores de la salud familiar, o por el contrario representar riesgos para el mantenimiento y desarrollo de su salud.

Una familia saludable es la que consigue construir un entorno físico y de relaciones del grupo familiar que favorezca el desarrollo humano de sus miembros individuales y les permita alcanzar su óptimo potencial, respetando su dignidad y de acuerdo a sus expectativas y necesidades. Asimismo

identificar los riesgos que esta pudiera tener para realizar intervenciones inmediatas.

Para abordar a la familia, además de las consideraciones generales, la organización del Establecimiento debe de considerar al menos:

- Tener presente el abordaje de la Familia en todos los escenarios: hogar, escuela, comunidad, establecimientos de salud y otros.
- La identificación de la organización comunal. De preferencia, el abordaje de la familia en su hogar debe de efectuarse junto con el Promotor de Salud.
- El empleo de metodologías educativas para adultos y niños para incorporar los temas de Promoción y prevención

3) Organización de los Establecimientos de Salud para la dimensión

Comunidades y Entornos saludables:

Para la construcción social de las estrategias comunitarias en el marco del Modelo de Atención Integral de salud es necesario lineamientos técnicos para la generación de comunidades y entornos saludables a través de guías metodológicas, que contienen mecanismos de abogacía, negociación y herramientas de participación comunitaria.

Las estrategias a trabajar en esta dimensión son las siguientes:

- a. Municipios Saludables:** Ejecución a cargo de las Direcciones de Salud
- b. Comunidades Saludables:** Ejecución a cargo de los Establecimientos de Salud
 - Desarrollo Comunal
 - Concertación Local para la Salud
 - Trabajo con Agentes Comunales

- Escuelas Promotoras de Salud
- Sistema de Vigilancia Comunal en Salud
- Salud Ambiental
- Vigilancia y Control de Riesgos

h.2) Componente de Provisión

Los Cuidados Esenciales conforman el componente de Provisión.

h.2.1) Cuidados Esenciales

Son el conjunto de acciones que cada persona o familia debe recibir para mantener y proteger su salud, al satisfacer sus necesidades de salud.

Al ofrecerse de manera integral, los Cuidados Esenciales permiten que la salud de cada persona, familia y comunidad esté protegida. También son llamados Atenciones Programáticas.

Los Cuidados Esenciales son ofrecidos de forma diversa:

- Auto cuidado.
- Cuidados ofrecidos por la familia que confirma la corresponsabilidad de la población en mantener y conservar la salud.
- Atenciones de salud, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, en los ámbitos intramuros y extramuros.

Ello quiere decir que los cuidados son ofrecidos no sólo por los profesionales de la salud, sino que las mismas personas son responsables de su salud. Igualmente, los cuidados no se ofrecen sólo en los establecimientos de salud, sino en otros escenarios tales como el hogar, la escuela, la comunidad, el centro de trabajo, con la participación de la comunidad.

h.2.2) Los Paquetes de Atención Integral de Salud

El Paquete de Atención Integral de Salud, es un conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere la persona para satisfacer sus necesidades de salud, brindados por el personal de salud, la propia persona (autocuidado), familia, los agentes comunitarios y otros actores sociales de la comunidad.

Los Paquetes de Atención Integral serán ofrecidos de manera continua y permanente por lo que requieren la organización de un **Plan de Atención** para su oferta gradual, a lo largo de un periodo de tiempo, siendo necesario la adecuada organización de servicios intra y extramural.

Construcción de los Paquetes

Los Paquetes de Atención Integral se construyen a partir de la identificación de las necesidades de salud de las personas (en sus diferentes etapas de vida), y de los cuidados esenciales requeridos para satisfacerlas; de la familia y el entorno, teniendo en cuenta las prioridades sanitarias nacionales y regionales.

Los paquetes no son estáticos, se irán mejorando con el tiempo articulando cada vez, más cuidados esenciales. Los paquetes se deben implementar en todos los niveles del Sistema de Salud (Establecimientos de Salud, Micro Redes, Redes y Hospitales referenciales) de acuerdo a su capacidad resolutive cuantitativa y cualitativa.

h.2.3) Clasificación de paquetes de Atención Integral de Salud

- 1) Por Etapas de Vida
- 2) Familia
- 3) Comunidad y Entornos Saludables

h.2.3.1) Paquetes de atención integral por etapas de vida:

Según Resolución 729-2003 SA/DM.:

- Paquete de Atención Integral del Niño: Desde la Concepción a 9 años
- Paquete de Atención del Adolescente: De 10 a 19 años

- Paquete de Atención Integral del Adulto: De 20 a 59 años.
- Paquete de Atención Integral del Adulto Mayor: De 60 a más.

Etapas de Vida Niño: mujeres y varones (de 0 a 9 años)

La niñez, es considerada la base principal de las intervenciones en promoción de la salud; tienen el propósito de proteger los derechos y el potencial cognitivo, emocional, social y físico, de las niñas y niños, lo que asegurará mejores resultados en las intervenciones siguientes por etapa de vida. En ésta etapa de vida, el potencial de las intervenciones educativo comunicacionales es significativo.

Etapas de Vida Adolescente: mujeres y varones (de 10 a 19 años)

La adolescencia constituye uno de los periodos más intensos de cambios físicos, psicológicos y sociales de la vida de una persona. Entre los más importantes tenemos: la madurez del sistema reproductor, el desarrollo de la autonomía y la capacidad para el pensamiento abstracto. En esta etapa surgen nuevas relaciones y posibilidades de desarrollo, que dan origen a su vez a nuevos comportamientos. La influencia de los amigos y de los medios de comunicación adquiere importancia. Las decisiones que adopten y las relaciones que establezcan influirán su salud y su desarrollo físico-psico-social y les afectará durante toda su vida. Es una época en la que se requiere nuevas competencias y conocimientos. (OMS, 1999).

Es importante que en esta etapa de vida las intervenciones tengan un componente para el desarrollo de habilidades individuales y la generación de oportunidades en el entorno.

Etapas de Vida Adulto: mujeres y varones (de 20 a 59 años)

Las intervenciones educativas en esta etapa de vida repercuten positivamente en los hábitos, comportamientos familiares, toda vez que la intervención es directamente sobre los jefes de familia.

Etapa de Vida Adulto Mayor: mujeres y varones (de 60 a más años)

Las personas comprendidas en esta etapa de vida constituyen un grupo importante para intervenciones preventivas promocionales en hábitos saludables. Es importante que todas las intervenciones diseñadas tengan como propósito mejorar la calidad de vida.

Según Resolución Ministerial 538-2009, del 14 de Agosto.

- Etapa de Vida Niño: Desde la fecundación hasta 9 años.
- Etapa de Vida Adolescente: Desde los 10 a 19 años.
- Etapa de Vida Adulto: De 20 a 64 años.
- Etapa Adulto Mayor: De 65 a más.

ETAPA DE VIDA NIÑO:

- Paquete de atención integral de salud del recién nacido hasta los 28 días
- Paquete de atención integral de salud del niño de 29 días a 11 m 29 días
- Paquete de atención integral de salud del niño de 1 a 4 años
- Paquete de atención integral de salud del niño de 5 a 9 años

Paquete de atención integral de salud del recién nacido
<ul style="list-style-type: none">• Atención del recién nacido según Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
<ul style="list-style-type: none">• Inmunizaciones con BCG /HVB,
<ul style="list-style-type: none">• Temas Educativos a los padres<ul style="list-style-type: none">– Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable – AIEPI
<ul style="list-style-type: none">• Visita Domiciliaria:<ul style="list-style-type: none">– Visita domiciliaria según el AIEPI comunitario– Niños nacidos en su domicilio– Recién Nacidos de bajo peso (< 2500 gr)– Recién Nacidos con Malformaciones congénita– Recién Nacidos de madres con TBC, HIV y Sífilis– Otros de acuerdo a región
<ul style="list-style-type: none">• Atención a daños prevalentes según protocolo:<ul style="list-style-type: none">– Asfixia al nacer– Sepsis neonatal– Prematuridad– Otras según área o región

Paquete de atención integral de salud del niño de 29 días a 11 meses 29 días
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de Crecimiento y Desarrollo, vigilancia nutricional
<ul style="list-style-type: none"> • Administración de micronutrientes: sulfato ferroso, vitamina A según criterios de riesgo, protocolos y programación.
<ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones: DPT, APO, HVB, Pentavalente, Tetravalente
<ul style="list-style-type: none"> • Tema Educativo a los padres <ul style="list-style-type: none"> – Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable – AIEPI
<ul style="list-style-type: none"> • Visita Domiciliaria <ul style="list-style-type: none"> – Visita domiciliaria según el AIEPI comunitario – Vacunas (no acudió a su cita) – Control de crecimiento y desarrollo (no acudió a su cita) – Control del daño (neumonías, EDAS c/DH, desnutrición) – Otros de acuerdo de cada Región
<ul style="list-style-type: none"> • Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes: <ul style="list-style-type: none"> – Daños considerados en la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) – Otras según área o región
Paquete de atención integral de salud del niño de 1 año a 4 años
NIÑOS 1 AÑO
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de Crecimiento y Desarrollo, Vigilancia Nutricional
<ul style="list-style-type: none"> • Administración de micronutrientes: sulfato ferroso, vitamina A según criterios de riesgo, protocolos y programación.
<ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones: Sarampión, rubéola y parotiditis (SPR). Antiamarílica seg
<ul style="list-style-type: none"> • Tema Educativo a los padres <ul style="list-style-type: none"> – Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable – AIEPI – Higiene Bucal – Cuidados del medio ambiente
<ul style="list-style-type: none"> • Prevención, Detección, eliminación de Placa Bacteriana y fluorización opcional (según criterio de riesgo)
<ul style="list-style-type: none"> • Visita Domiciliaria <ul style="list-style-type: none"> – Visita domiciliaria según el AIEPI comunitario – Vacunas (no acudió a su cita) – Control de crecimiento y desarrollo (no acudió a su cita) – Control del daño (neumonías, EDAS c/DH, Disentéricas, desnutrición) – Otros de acuerdo a región
<ul style="list-style-type: none"> • Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes: <ul style="list-style-type: none"> – Daños considerados en la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) – Caries dental – Otros depende de cada región

Paquete de atención integral de salud del niño de 5 años a 9 años
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de Crecimiento y Desarrollo, Vigilancia Nutricional
<ul style="list-style-type: none"> • Tema educativo: <ul style="list-style-type: none"> – Alimentación y Nutrición saludable – Prevención de accidentes – Factores protectores: Higiene, autoestima, habilidades sociales, resiliencia – Prevención de enfermedades prevalentes del niño – Prevención del maltrato infantil o comunicación con los hijos – Salud Bucal – Cuidados del medio ambiente
<ul style="list-style-type: none"> • Visita Domiciliaria : <ul style="list-style-type: none"> – A niños con problemas de salud – Niños que no acuden a control de crecimiento y desarrollo
<ul style="list-style-type: none"> • Prevención, Detección, eliminación de Placa Bacteriana y fluorización (según criterio de riesgo)
<ul style="list-style-type: none"> • Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes según protocolo: <ul style="list-style-type: none"> – IRA – EDA – Malnutrición. – SOBA-Asma. – Caries dental. – Otros de acuerdo a cada Región.

ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

- Paquete de atención integral de salud del adolescente de 10 a 14 años
- Paquete de atención integral de salud del adolescente de 15 a 19 años

Paquete de atención integral de salud del adolescente de 10 a 14 años
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de CRECIMIENTO Y DESARROLLO <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación Nutricional con índice de masa corporal (IMC) - evaluación del desarrollo psicosocial con el test de habilidades - evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva - evaluación del desarrollo sexual según Tanner
<ul style="list-style-type: none"> • Tema educativos <ul style="list-style-type: none"> - Deberes y derechos de los adolescentes - Factores Protectores: Deberes y Derechos de los adolescentes, Autoestima, Identidad, Asertividad, Proyecto de Vida y Comunicación. - Importancia de la Higiene General, genital y bucal.

<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria (que no acude a) <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de algún daño prevalente transmisible - Vacunas
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones preventivas a adolescentes con riesgo a: <ul style="list-style-type: none"> - Malnutrición: Riesgo a desnutrición y riesgo a sobrepeso - Problemas psicosociales: Depresión, ansiedad, intento de suicidio, pandillaje, otros. - Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados: TBC, Malaria o Bartonellosis, etc. - Caries dental y enfermedades periodontales.
<ul style="list-style-type: none"> • Consejería Integral : <ul style="list-style-type: none"> - Salud Sexual y reproductiva: sexo y sexualidad - Salud psicosocial: Autoestima, Asertividad, Proyecto de Vida, Identidad. - Nutrición, Salud bucal, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes en el adolescente según protocolos y según región <ul style="list-style-type: none"> - Faringitis aguda, asma - Malnutrición y envenenamiento - Caries, enfermedades de las encías y otros de la cavidad bucal. - Otros según área o región.
<p>Paquete de atención integral de salud del adolescente de 10 a 14 años</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de CRECIMIENTO Y DESARROLLO <ul style="list-style-type: none"> – Evaluación Nutricional con índice de masa corporal (IMC) – evaluación del desarrollo psicosocial con el test de habilidades – evaluación de la agudeza visual y agudeza auditiva – evaluación del desarrollo sexual según Tanner
<ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones : Aplicación de la vacuna DT/TT adulto, vacuna SR
<ul style="list-style-type: none"> • Tema educativos <ul style="list-style-type: none"> – Factores Protectores: Deberes y Derechos de los adolescentes, – Autoestima, Identidad, Asertividad, Proyecto de Vida y Comunicación. – Sexualidad y Paternidad responsable – Viviendo en familia: Roles en el hogar, Valores, auto cuidado y manejo de conflictos.
<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria (que no acude a) <ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento de algún daño prevalente transmisible – Vacunas

<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones preventivas a adolescentes con riesgo a: <ul style="list-style-type: none"> – Malnutrición: Desnutrición y Sobrepeso – Problemas psicosociales Depresión, ansiedad, intento de suicidio, pandillaje, drogas. – Control de contactos y/o colaterales de los daños priorizados: TBC, Malaria o Bartonellosis, etc. – Caries dental y enfermedades periodontales.
<ul style="list-style-type: none"> • Consejería integral : <ul style="list-style-type: none"> – Salud reproductiva: sexo y sexualidad , embarazo, parto y puerperio; ITS, VIH/SIDA – Salud psicosocial: Resiliencia. Proyecto de Vida. Autoestima. Asertividad. Toma de decisiones y comunicación. – Alimentación y Nutrición saludable, Salud bucal, etc.

ETAPA DE VIDA ADULTO: De 20 a 64 años

- Paquete de atención integral de salud del adulto varón
- Paquete de atención integral de salud del adulto mujer

Paquete de atención integral de salud del adulto varón
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación general de Adulto Varón: <ul style="list-style-type: none"> – Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: neoplasias, cardiovasculares y lesiones por causas externas. – Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: metaxénicas, TBC, ITS, según corresponda para el área o región. – Identificación de factores de riesgo de enfermedades ocupacionales. – Identificación de problemas odontológicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Consejería: <ul style="list-style-type: none"> – Salud sexual y reproductiva (Paternidad responsable, Planificación Familiar, ITS) – Nutrición – Maltrato y violencia
<ul style="list-style-type: none"> • Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> – Salud Sexual y reproductiva – Inmunización antiamarílica según prioridad regional
<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria (que no acude a) <ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento de algún daño prevalente transmisible – Vacuna antiamarílica según prioridad regional

<ul style="list-style-type: none"> • Tema educativo <ul style="list-style-type: none"> – Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene) – Derechos y deberes en salud – Habilidades para la vida (educación para ser padres, autoestima, buen uso del tiempo libre, valores)
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos <ul style="list-style-type: none"> – Atención o referencia de problemas odontológicos – TBC – ITS/VIH – Metaxénicas – Otros
Paquete de atención integral de salud del adulto mujer
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación general de Adulto Mujer: <ul style="list-style-type: none"> – Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: cánceres priorizados (mama y cervix), diabetes, hipertensión, malnutrición, osteoporosis. – Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: metaxénicas, TBC, ITS, según corresponda. – Identificación de factores de riesgo en salud mental. – Identificación de problemas odontológicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Consejería: <ul style="list-style-type: none"> – Salud sexual y reproductiva (Paternidad responsable, Planificación Familiar, ITS, climaterio) – Nutrición, salud bucal, etc. – Maltrato y violencia
<ul style="list-style-type: none"> • Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> – Inmunización antitetánica. Inmunización antiamarílica según prioridad regional – Planificación Familiar
<ul style="list-style-type: none"> • Tema educativo <ul style="list-style-type: none"> – Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene) – Derechos y deberes en salud – Habilidades para la vida (educación para ser padres, autoestima, buen uso del tiempo libre, valores)
<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria (que no acude a) <ul style="list-style-type: none"> – Tratamiento de algún daño prevalente transmisible – Vacuna antiamarílica según prioridad regional – Vacuna antitetánica

- Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos
 - Atención o referencia de problemas odontológicos
 - TBC
 - ITS/VIH
 - Metaxénicas
 - Otros

ETAPA ADULTO MAYOR: De 65 años a más.

- Paquete de atención integral de salud del adulto mayor

Paquete de atención integral de salud del adulto mayor
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación integral del adulto mayor: <ul style="list-style-type: none"> – Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: neoplasias, hipertensión, diabetes, dislipidemias, depresión, osteoartritis y demencia – Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: metaxénicas, TBC, ITS, según corresponda. – Identificación de síndromes y principales problemas geriátricos (deprivación visual, auditiva, malnutrición, Incontinencia urinaria, caídas), – Identificación de problemas sociales (pobreza, abandono, maltrato) – Identificación de problemas odontológicos. – Determinar funcionalidad
<ul style="list-style-type: none"> • Tema educativo (informar y educar en) <ul style="list-style-type: none"> – Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene) – Derechos y deberes en salud – Habilidades para la vida (autoestima, buen uso del tiempo libre)
<ul style="list-style-type: none"> • Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> – Vacunación antiamarílica según prioridad regional
<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria <ul style="list-style-type: none"> – Al adulto mayor postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud – Cuando no acude a tratamiento de daño prevalente transmisible – Cuando no acude a vacunación antiamarílica según prioridad regional
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos <ul style="list-style-type: none"> – Atención o referencia de problemas odontológicos – TBC – ITS/VIH – Metaxénicas – Otros

GESTANTE Y EL NIÑO POR NACER

Paquete de atención integral de salud de la gestante el niño por nacer	
<ul style="list-style-type: none"> • Atención Prenatal: <ul style="list-style-type: none"> – Vigilancia nutricional – Administración de suplementos de: hierro, ácido fólico. – Planificación del Parto: Plan de Parto. – Despistaje de cáncer ginecológico – Inmunización con DT – Evaluación del bienestar fetal Ecografía – Paquete de exámenes auxiliares de la gestante: sangre: grupo y factor Rh, Hto, Hb, glicemia, RPR, Elisa y orina. – Otros exámenes según patologías o complicaciones – Examen bucal, detección y eliminación de placa bacteriana 	
• Consejería Nutricional	
• Consejería en salud reproductiva -PF	
• Detección y eliminación de placa bacteriana	
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de parto y/o sus complicaciones según protocolo (incluye cesárea) <ul style="list-style-type: none"> – Incluye monitoreo clínico fetal 	
<ul style="list-style-type: none"> • Atención del puerperio según protocolo: <ul style="list-style-type: none"> – Administración de Hierro y Vitamina A – Entrega de método anticonceptivo si lo solicita 	
<ul style="list-style-type: none"> • Paquete educativo: <ul style="list-style-type: none"> – Signos de alarma de embarazo, parto y puerperio – Higiene personal e higiene bucal – Actividad física – Lactancia Materna – Cuidados del Recién Nacido 	
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de complicaciones durante embarazo, parto y puerperio según protocolo: <ul style="list-style-type: none"> – Aborto – Enfermedad Hipertensiva del embarazo – Hemorragia Obstétrica – Infecciones obstétricas (endometritis y otras) – Parto obstruido – Otras 	
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos <ul style="list-style-type: none"> – Atención o referencia de problemas odontológicos – TBC – ITS/VIH – Metaxénicas – Otros 	

h.2.3.2) Paquete de atención integral a la familia

- Nutrición y alimentación saludable
- Higiene y medio ambiente saludable (incluye vivienda)
- Cultura de paz y buen trato
- Pautas de crianza
- Habilidades para la vida
- Salud Sexual y reproductiva
- Seguridad vial (donde corresponda)
- Prevención de enfermedades prevalentes

h.2.3.3) Paquete para la generación de comunidades saludables y entornos saludables

- Municipios Saludables. Ejecutado por la Dirección Regional de Salud
- Comunidades Saludables: Ejecutado por el Establecimiento de Salud
- Desarrollo Comunal
- Concertación Local para la Salud
- Trabajo con Agentes Comunales
- Escuelas Promotoras de Salud
- Salud Ambiental:
 - Vigilancia periódica de la calidad del agua
 - Vigilancia periódica de la calidad de los alimentos
 - Vigilancia periódica de excretas
 - Vigilancia periódica de residuos sólidos
 - Vigilancia y control vectorial
 - Vigilancia y Control de Riesgos y Daños
 - Vigilar y reportar en forma oportuna las enfermedades epidemiológicas de notificación obligatoria y factores de riesgo
- Vigilancia Comunal en Salud (SIVICO)

- Vigilancia de problemas sociales (alcoholismo, violencia, drogadicción)
- Vigilancia de micronutrientes
- Elaboración de Planes de emergencia con la participación de la población y autoridades locales.
- Atención de brotes.

h.2.4) Programas de Atención Integral

- Programas por Etapas de Vida
- Programas de Atención a la Familia.
- Según Resolución Ministerial 729-2003. AS/DM :

Programas	Grupo Objetivo
Programa de Salud Integral del Niño	Concepción hasta 9 años
Programa de Salud Integral del adolescente	10-19 años
Programa de Salud Integral del Adulto	20-64 años
Programa de Salud Integral del Adulto Mayor	De 65 a más

Fue derogada por la Resolución Ministerial 538-2009. MINSA de fecha 14 de Agosto que modifica los grupos objetivos para los programas a 11 meses 29 días, según el detalle siguiente:

h.2.4.1) Programas por Etapas de Vida:

Programas de Atención Integral del niño:

Desde la fecundación hasta 9 años. Se divide en los siguientes subgrupos:

- **Niño por nacer:** desde la fecundación hasta antes del nacimiento
- **Niño Nacido:** desde el nacimiento hasta los 28 días
- **Niño menor de 1 año:** desde 29 días hasta 11 meses y 29 días
- **Niño de 1 a 4 años:** desde el año hasta los 4 años 11 meses y 29 días

- **Niño de 5 a 9 años:** desde 5 años hasta los 9 años 11 meses 29 días.

Programa de Atención Integral del Adolescente

Personas desde los 10 a 19 años. Se divide en los siguientes subgrupos:

- **Adolescente de primera Fase:** Entre los 10-14 años. Inicio de cambios puberales
- **Adolescentes de segunda Fase:** entre los 15-19 años. Desarrollo psicosocial típico del adolescente.

Programa de Atención Integral del Adulto

Personas entre 20 a 64 años. Se divide en los siguientes subgrupos:

- **Adulto joven:** entre los 20 y 24 años, mas próximo al adolescente que a adulto.
- **Adulto intermedio:** entre los 25 a 54 años, económicamente independientes y socialmente responsables.
- **Adulto pre-mayor:** mayor de 54/64 años, se alcanza la madurez de la vida.

Programa de Atención Integral del Adulto Mayor

Se divide en los siguientes subgrupos:

- **Adulto mayor autovalente e Independiente,** los que son capaces de realizar actividades de la vida diaria y actividades funcionales requeridas para su autocuidado.
- **Adulto Mayor Frágil:** los que tienen algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica asociada con un aumento de la susceptibilidad a discapacitarse.

- **Adulto Mayor dependiente o postrado:** los que tienen una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física/funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.

h.2.4.2) Programas de atención a la familia:

Define sus grupos y subgrupos en función al ciclo vital de la familia.

Se han identificado 4 grupos:

- **Familia en Formación:** La nueva familia que aún no tiene hijos.
- **Familia en Expansión:** La familia que ya tuvo el nacimiento de 1 o más hijos, los cuales atraviesan diversas etapas de crecimiento.
- **Familia en dispersión:** La familia en que, por lo menos uno de los hijos ya se encuentra en condiciones de desarrollar su propia familia.
- **Familia en Contracción:** La familia que ha visto partir a los hijos y en el cual nuevamente queda la pareja sola, para afrontar el proceso de envejecimiento y pérdida.

Al interior de estos grupos se establecerán subgrupos, en función a la estructura de la familia (monoparental, nuclear, extendida, etc.) y a riesgos propios del hogar y del microambiente, en función al escenario de la vivienda y del entorno, los cuales guiarán los cuidados específicos a recibir.

h.3) Componente de Gestión

Comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud para el logro de resultados sanitarios dentro del contexto del Modelo de Atención Integral.

1) Proceso de Planeamiento, Programación, Supervisión y Desarrollo de Recursos Humanos

Estos procesos están descritos en la RM 729/2003.

La gestión integra los procesos de planeamiento, programación, supervisión, monitoreo, evaluación y desarrollo de recursos humanos, así pues cada red, micro red y establecimiento deberá tener su propio programa local de desarrollo de sus RRHH orientado a facilitar la apropiación local de los contenidos y actitudes para aplicar el MAIS incluyendo sus especificidades locales

El perfil de los Recursos Humanos debe ser readecuado en función de las necesidades operativas del MAIS.

El programa de incentivos debe organizarse en función de los resultados obtenidos en la aplicación del MAIS

El plan local de salud es la herramienta de gestión principal para el Establecimiento de Salud y es el resultado del planeamiento y programación.

2) Proceso de Monitoreo y Evaluación para el Seguimiento e Impacto de la Aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud

Parte esencial de la gestión es el seguimiento, monitoreo y evaluación de los procesos y resultados de la Aplicación del MAIS en su respectivo ámbito. Por ello es imprescindible identificar un conjunto de indicadores que faciliten esta tarea.

A partir de estos indicadores deberá elaborarse una línea de base que sirva para comparar y medir los avances y resultados, además que les permitan identificar las señales de alarma y línea de base y posteriormente medirlos para el monitoreo y evaluación ajuste, el nivel nacional determinará el conjunto de indicadores mínimos de carácter nacional en coherencia y concordancia con las prioridades nacionales, las políticas, los acuerdos de gestión y en función de las capacidades nacionales de producción de información.

El conjunto mínimo de indicadores nacionales tiende a ser de resultados, mientras que los regionales y locales tienden a ser de estructura, proceso y resultados. Los tres niveles pueden utilizar el mismo conjunto de indicadores, pero con distintos niveles de agregación enfoque y orientación.

En adición a los indicadores a nivel nacional, se pueden adicionar indicadores específicos para la región y/o localidad. Así por ejemplo los Establecimientos de Salud necesitan monitorear el avance del Plan Local de Salud y de su Plan Operativo.

Se recomienda que el monitoreo se efectúe cada mes y la evaluación se efectúe trimestral, semestral y anualmente.

El monitoreo y la evaluación deben reflejarse en una sala situacional (panel con datos analizados en gráficos, mapas, etc) como información para los usuarios, líderes comunales, personal de salud y autoridades de salud.

h.4) Componente de Financiamiento

El componente de Financiamiento viabiliza la obtención de los recursos necesarios para el logro de los resultados sanitarios.

Los Cuidados Esenciales pueden tener financiamiento público total o parcial. Su oferta a través de los Establecimientos de Salud implica financiamiento público, por lo menos parcial, de los recursos humanos e infraestructura para la atención, sean estas actividades de promoción, prevención, recuperación y/o rehabilitación.

La meta es lograr que todos los Cuidados Esenciales tengan financiamiento público total, sin embargo, no es requisito indispensable ya que sólo el hecho de implementar un Cuidado Esencial implica grandes beneficios para la población.

Se oferta un producto estándar diseñado en forma efectiva y eficaz, siendo un producto estándar se reducen los costos de insumos y medicamentos, si es que los hubiera.

Actualmente el financiamiento público para los componentes de provisión, organización y gestión se proveen a través del Seguro Integral de Salud, el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, Recursos Ordinarios y Proyectos que tienen convenio con el Ministerio de Salud. Es de interés del Ministerio de Salud que la estructura del financiamiento y su dirección tenga las adecuaciones necesarias para el uso eficiente de los recursos económicos.

i) Intervenciones⁴¹

Las intervenciones en salud deben ser dirigidas a prevenir daños y promover su salud, son de mayor impacto, tanto en lo sanitario como en lo económico y social, al racionalizar el gasto público en salud, que aún sigue invirtiendo gran cantidad de recursos en tratar enfermedades que serían evitables con la práctica de estilos de vida saludables³³.

Sin embargo el impacto potencial sobre la salud se ve limitado cuando la implementación en escala nacional no es adecuada y no se dirige prioritariamente a los sectores más pobres.

Por tanto, es necesario que el MAIS, articule mejor todas las intervenciones, que ponga a las personas, familias y comunidades en el centro de su acción y que asegure la promoción de estilos de vida saludables. Los Planes de Acción Prioritaria²⁴ permiten el abordaje, control, reducción, erradicación o prevención de los daños, riesgos priorizados en función de las políticas nacionales de salud (Prioridades Sanitarias), y el mejoramiento de la salud de las personas, familias, comunidades y el ambiente. Se centran en situaciones particulares, que requieren la acción concertada, rápida y limitada en el tiempo, de diferentes actores sociales e instituciones (MINSA, ESSALUD, otros Ministerios, gobiernos locales, ONGs, organizaciones sociales y comunitarias, entre otras).

Los planes se diseñan desde los niveles locales hacia los niveles nacionales, en función de los problemas identificados, de la base hacia arriba. Permitirán definir los alcances y términos de la movilización social, regional o nacional para atender los problemas sanitarios identificados.

j) Perfil de los recursos humanos³³

Es reconocido el derecho de todas las personas a desarrollar el máximo potencial de sus capacidades; por ello se hace obligatorio que los sectores encargados de atender las necesidades de este grupo poblacional realicemos un esfuerzo para concertar, planificar y fortalecer las inversiones e intervenciones en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, integrando los programas alrededor de los individuos, de la familia y la comunidad.

k) Integración programática³³

Esta integración programática se centra en recuperar la integridad de las personas, relieves la importancia de la salud pública y fortalecer la acción sobre los riesgos y daños prevalentes y sus determinantes y así enfocarse en la calidad de vida.

l) Lineamientos para el cambio^{40,42}

El Estado Peruano en concordancia con la Ley de Política Nacional de Población¹⁵, aprobada por Decreto Legislativo Nº 346, modificado por el Decreto Legislativo Nº 26530, así como con los acuerdos y compromisos asumidos en la Primera Asamblea Internacional sobre el Envejecimiento (Viena, 1982)¹⁶, La Conferencia Internacional Sobre la Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)¹⁷ y la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social (Copenhague, 1995)¹⁸, el Gobierno Peruano promueve el mejoramiento de la calidad de vida de la población en un marco de desarrollo social, económico y cultural sostenible que garantice el bienestar humano, compartido en forma equitativa, para lo cual aprobó el Plan Nacional de Población 1998 - 2002 a través del Decreto Supremo Nº 011 - 98 - PROMUDEH)¹⁹; que dentro de este

contexto y teniendo en cuenta que el grupo poblacional "Adulto Mayor" referido a las personas de ambos sexos mayores de sesenta años, requiere de un tratamiento especial considerando su condición de vulnerabilidad biológica y social, se aprueba con Decreto Supremo Nº 010 - 2000 - PROMUDEH el documento "Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores".

La Asamblea General de las Naciones Unidas - ONU, decidió en su 54^a sesión convocar a una Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Madrid, abril del 2002 con ocasión de vigésimo aniversario de la primera Asamblea Mundial. El objetivo de esta convocatoria fue realizar un examen general de los resultados de los compromisos asumidos por los países miembros de la primera, y aprobar un plan de acción revisado y una estrategia a largo plazo sobre el envejecimiento.

El 6 de julio del 2002, el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano, promulgó con Decreto Supremo Nº 005-2002-PROMUDEH el "Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006"²⁰, con el objeto de implementar acciones coordinadas entre las organizaciones gubernamentales y la sociedad civil a fin de aumentar la participación e integración social del adulto mayor, a través del incremento de la cobertura y calidad de los servicios de salud, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de una vida armónica con su familia y su comunidad.

En noviembre del 2003 se realizó en Santiago de Chile la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: "Hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento". La finalidad de esta conferencia fue la adopción del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

En concordancia con la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, y en relación al compromiso asumido como país ante la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), el Perú inicia en el 2003 el reto de elaborar la propuesta para la Atención Integral de Salud para las Personas Adultas Mayores en nuestro país.

m) Prioridades^{33,35}

El resultado del Modelo de Atención Integral es la satisfacción de las necesidades de los usuarios, mejoras sanitarias y disminución de desigualdades, mejora de la capacidad de respuesta social, promoción de ciudadanía, contribuye al desarrollo social y económico-salud de vida, la cual se centra en recuperar la integridad de las personas, relevar la importancia de la salud pública, fortalecer la acción sobre los riesgos y daños prevalentes y sus determinantes, enfocarse en la calidad de vida. Esta integralidad es referida a la atención de la persona y no en los daños o enfermedades. La persona es un ser biopsicosocial inmersa en una familia, ámbito privilegiado donde nace, crece, se forma y se desarrolla. La familia está inmersa es una Comunidad: Escenario privilegiado para la interacción y la integración de personas y familias. Abordaje de todas las etapas de vida y repercusión entre ellas, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación por equipos multidisciplinarios y polifuncionales, atención continua en todos los niveles y abordaje intersectorial.

n) Objetivos³³

- Mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces, eficientes, de calidad y con calidez, capaces de generar cambios individuales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y promoción de la salud.
- Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población.
- Proteger de epidemias a la población.
- Mejorar la calidad de los servicios de salud.

- Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.

o) Funciones³⁶

Los programas de salud del MAIS permiten enfrentar no sólo los problemas de salud, sino los riesgos de salud pública que requieren una acción del Estado y frente a los cuales el Estado organiza y compromete acciones y recursos. El rol de sus equipos técnicos es formular políticas en base al trabajo de expertos y asegurar la normatividad adecuada. No funcionan como los antiguos programas verticales. Los sistemas de soportes y gestión de estos programas deben ser integrados con los otros programas y planes.³³

El Ministerio de Salud define las necesidades de salud de su población²⁵ a partir de estudios de necesidades de salud (mediante encuestas de base poblacional). En base a criterios técnicos, políticos y financieros define cuál es el conjunto de atenciones que pueden ser financiados por el sub-sector estatal, que constituye el Paquete Garantizado de Atenciones. El componente de Prestación que sustenta la Atención Integral debe tener las siguientes características:

- Los procesos de prestación se ofrecerán de un modo integral, sobre la base de las necesidades de salud (conjunto de requerimientos de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tienen las personas, familias y comunidades para mantener, recuperar y mejorar su salud, y así alcanzar una condición saludable deseable) según su etapa del ciclo de vida.
- Las necesidades se establecen comparando la situación de salud deseada con la situación actual. Esta brecha, al ser reconocida, debe ser cubierta por los prestadores, y por las propias familias y personas. Al mismo tiempo, buscarán intervenir en las causas directas (factores críticos) de los riesgos y daños que según el perfil epidemiológico nacional y regional sean considerados prioridades sanitarias.

p) Situación actual

El Modelo de Atención Integral de Salud es un elemento clave de las políticas⁹, sanitarias en el contexto actual de nuestro país. El Sistema de Salud necesita organizarse para poder lograr los resultados esperados. Este Modelo orienta y da consistencia a otras políticas, tales como las políticas de recursos humanos, de tecnología y de financiamiento, entre otras. Al mismo tiempo es necesario aprovechar las experiencias locales y concordar diversas estrategias para hacer efectivo el Modelo, teniendo en cuenta la diversidad de nuestra realidad nacional.

El MAIS describe el tipo de servicios de salud que la sociedad desea y decide sostener y recibir. Es la "imagen-objetivo" de la atención de salud deseable o satisfactoria.

La Legislación peruana reconoce el derecho a la protección de la salud, en el capítulo segundo de la Constitución de 1993 referente a los Derechos Sociales y Económicos. El Artículo 7 de la Constitución peruana establece "Todos tienen derecho a la protección de su salud. La del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa- El Artículo 9 incluye las obligaciones del Estado en material de salud: "El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

La protección de este derecho humano se regula en la Ley General de Salud"²¹, (Ley Nº 26842), de julio de 1997, que establece el derecho irrenunciable de toda persona a la salvaguarda de su salud. Dicha ley recoge los deberes del Estado peruano de promover el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que puedan afectar su salud de intervenir en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad, de orientar el financiamiento estatal preferentemente a las acciones de salud pública y de subsidiar total o

parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos.

Persisten algunos problemas de la atención en el sector como la situación de inequidad y deficiencias en la cobertura del sistema de salud²², el 25% de peruanos no tiene acceso a la atención institucionalizada de salud y otro 25% sólo tiene acceso a una atención de bajo nivel, con grandes necesidades insatisfechas, falta de adecuación cultural de los servicios y en las zonas rurales, barreras para el acceso por la lejanía de los establecimientos y la falta de transporte. Fallas en la solidaridad, no hay formas efectivas de asegurar la participación equitativa de la población, en especial de los más necesitados, en los beneficios que el Sistema de Salud ofrece. La desarticulación entre los niveles de atención, los servicios se han desarrollado de manera desordenada y desarticulada. No hay homogeneidad respecto de las funciones por niveles de complejidad ni continuidad en los servicios mediante sistemas adecuados de referencia y contrarreferencia. La ineficiencia e ineficacia del Sistema de Salud, debido a la forma desordenada en que se asignan y distribuyen los recursos²³, humanos, físicos y tecnológicos, así como debido a la ausencia de mecanismos eficientes de control, monitoreo y evaluación. La cultura burocrática, vertical y centralista, que es un freno para poder desarrollar equipos locales con mayor capacidad de iniciativa y de acción. Frente al proceso de descentralización que se vive en el país, se necesita una nueva manera de plantear la organización y el trabajo. Los equipos de salud no tienen las competencias requeridas para brindar la atención conforme al Modelo de Atención Integral. No hay una adecuada coordinación y trabajo inter e intrasectorial. Persisten, a un alto costo económico y de oportunidad, una serie de duplicidades y deficiencias en la asignación de recursos, en la prestación de los servicios, en el desarrollo de la infraestructura y en la adquisición de tecnología, entre otros problemas. La poca conciencia de derechos y deberes que tienen los usuarios de los servicios, quienes no reciben suficiente información que les permita participar más activamente. Esto se debe, en parte, a que no existen espacios o instancias formales, que propicien y canalicen dicha participación.

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Percepción:** Es la función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.
- **Modelo de atención integral de salud:** El conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que operando coherentemente garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales que son percibidas o no por la población). Es la provisión continua y con calidad basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, orientados a obtener una persona, familia y comunidad saludable de una manera integral.

En relación a los servicios de salud, el Modelo de Atención Integral constituye una tecnología para organizar la provisión de cuidados en salud de modo que se cumpla el objetivo de cubrir las principales necesidades de salud de la persona en todas las etapas de su ciclo vital (desde su nacimiento hasta su muerte natural), en el contexto de su familia y comunidad. En relación a la acción sobre las prioridades sanitarias, El Modelo de Atención Integral articula la movilización nacional en salud con el objetivo de modificar los principales determinantes de la falta de salud en el país y así mejorar la calidad de vida de la población y alcanzar impacto sobre los principales problemas de salud pública.

Siendo que entre los principios y valores que sustentan este nuevo Modelo de Atención el más importante es la integralidad, lo denominamos "EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL".

- **Dirección Regional de Salud:** Es el ente por el que el Ministerio de Salud logra la descentralización, cuenta con infraestructura necesaria para la población de determinada área geográfica y recursos propios, donde se desarrollan estas direcciones.²¹

- **Directivos:** Profesionales que desarrollan labor administrativa en establecimientos de salud. Aplíquese a aquella a la que la cúspide de la jerarquía ejecutiva de un organismo esta integrada por varias personas²¹.
- **Ministerio de Salud:** Es el Organismo del Poder Ejecutivo, por medio del cual el Estado cubre la necesidad de atención de salud a toda las personas naturales y jurídicas, sin excepción, dictando las medidas necesarias para minimizar y controlar los riesgos de salud (prevención, promoción, recuperación y rehabilitación). Su organización se establece en 4 pilares (MINSA, EsSALUD, Sanidades de Fuerzas Armadas y Sistema Privado de Salud).²¹
- **Hospitales:** Es un establecimiento de salud destinado a la atención de consultantes en servicios ambulatorios y de hospitalización, proyectando sus acciones a la comunidad. Órgano Directivo que cumple la función de gestación, es planificado, coordinado, equipado y administrado según normas del Ministerio de Salud, que es órgano rector del Sector. Debe contar con personal suficiente, eficiente y con la activa participación de la comunidad en todas las etapas de su gestión.²¹
- **Centro de Salud:** Forma parte de la Red de Salud. Establecimiento de puerta de entrada a los servicios de salud y comprenden acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, para la detección temprana y el tratamiento oportuno de patologías que se presentan con mayor frecuencia buscando dar una atención integral de salud, son dirigidos por un Jefe del Centro de Salud.²¹
- **Departamento de Ica:** Área geográfica a 306 Km del Sur de Lima, que cuenta con 5 Provincias (Chincha, Pisco, Ica, Palpa y Nazca). Cada una de estas provincias cuenta con un área urbana y rural.²⁹
- **Paquete De Atención Integral De Salud:** Los procesos de atención se ofrecerán de un modo integral. Los Paquetes de Atención Integral incluyen los diferentes cuidados esenciales necesarios para cubrir las necesidades de

salud de las personas y familias, constituyendo un conjunto articulado de acciones que incluyen además de las atenciones ofrecidas por los prestadores de salud, los cuidados familiares (acciones de otros miembros de la familia), autocuidado (las acciones de la persona en pro de la propia salud) y acciones comunitarias, las cuales aseguran el mantenimiento o recuperación de la salud y la promoción de lo saludable. Cuando una persona recibe el paquete de atención integral completo que le corresponde puede decirse que se han abordado todas sus necesidades de salud y cuando dichas acciones son continuas y efectivas puede decirse que la persona ha alcanzado la protección en salud. Los Paquetes de Atención Integral contemplan todos los Cuidados Esenciales que permiten responder a las necesidades de salud que corresponden a cada persona y familia en una determinada etapa de vida, comenzando por aquellos que son más factibles y que se han ido ampliando progresivamente conforme al incremento de las capacidades de los equipos regionales y locales. Por ejemplo, una persona que es portadora tanto de un daño de salud crónico, como de una discapacidad, y que en consecuencia tiene los cuatro tipos de necesidades de salud (Derivada de daño, Derivada de discapacidad, de Mantenimiento, y de Desarrollo), recibirá un Paquete de Atención Integral que incorpore Cuidados Esenciales orientados a cubrir todas estas necesidades de salud.

- **Salud Pública:** Campo de la medicina que se ocupa de la salud física y mental de la comunidad, especialmente en campos como el suministro de agua, la eliminación de residuos, la polución atmosférica y la seguridad de los alimentos.
- **Calidad:** La calidad debe orientar los esfuerzos institucionales hacia la obtención del máximo beneficio para las personas, familia y comunidad, sin aumentar sus riesgos mediante la aplicación del conocimiento y tecnología apropiada, tomando en cuenta las expectativas y percepciones de los usuarios externos e internos, así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución, en concordancia con la dignidad de la persona y los valores sociales.

- **Calidad De Vida:** Calidad de la atención como derecho ciudadano. Es la respuesta de una interrelación de factores personales y socio-ambientales para alcanzar satisfacción de necesidades que origine desarrollo. Entre los factores personales incluye la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades.

Entre los segundos las condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social. Unos y otros por su naturaleza física, social o ideológica, determinan estilos de vida individuales y colectivos³¹.

- **Servicios De Salud De Calidad:** Servicios que reflejan sus necesidades y demandas de salud, así como sus expectativas y experiencias en materia de servicios de salud, y tienen por objeto cerrar la brecha que existe entre la oferta y la demanda de servicios de salud.⁹
- **Estilos De Vida Saludables:** Son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.³¹

- **Prioridades Sanitarias:** Las estrategias Sanitarias Regionales, permiten el abordaje, control, reducción y erradicación o prevención de los daños, riesgos priorizados y el logro de objetivos sobre las prioridades sanitarias en promoción de salud, en función de las políticas nacionales adquiridas. Promueve el desarrollo de Escuela, Municipios y centros de Trabajo y Servicios de salud Saludables.⁹

- **Políticas De Salud:** Proceso en el que se generan consensos, se toman decisiones, que se transforma en la definición de objetivos y estrategias (qué queremos y cómo lo pensamos lograr) y éstas se convierten en realidad. Solo incorporando objetivos, criterios y actividades de comunicación la promoción de salud va a poder ser desarrollada y sus objetivos logrados.⁸
- **Promoción De La Salud:** Cambios que pueden mejorar significativamente nuestra calidad de vida, como responsabilidad y solidaridad. Para mejorar la salud de la población es necesario que se den cambios en la vida cotidiana, hacer el mejor uso posible de los recursos que tiene para cuidar su salud, necesita desarrollar procesos educativos, de cambios en la cultura, en los cuales la comunicación juega un rol central en la prevención de enfermedades: VIH, EDA, IRA, inmunizaciones, etc., abordando problemáticas concretas para prevenirlas, persuadiendo a las personas de asumir ciertos comportamientos. Nos propone abordar el tema de los estilos de vida saludable que están como causa de muchos de esos problemas concretos de salud.¹⁴
- **Necesidades De Salud:** Son los requerimientos de una población determinada para llevar una calidad de vida favorable y lograr un bienestar biopsicosocial que le permita su desarrollo integral.²⁸
- **Riesgo:** Es la probabilidad de obtener un resultado desfavorable como resultado de la exposición a un evento azaroso dado. Contingencia o posibilidad de que suceda un daño.²⁷
- **Daño:** Es el efecto de una acción perjudicial que compromete la calidad de vida de un ser humano y que necesita de la participación de agentes físicos y/o Psicológicos para su recuperación y rehabilitación de su funcionalidad normal.²⁷
- **Prevalencia:** Es el número de casos nuevos de una enfermedad o manifestaciones de un hecho durante un periodo determinado de tiempo.²⁸

- **Integralidad:** La integralidad del modelo tiene varias dimensiones⁹, entre las que cabe destacar las siguientes:

Las personas son el centro del Modelo de Atención, no así los daños o enfermedades. Las personas son reconocidas en su carácter multidimensional, como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. La atención aborda las diversas necesidades de salud de las personas en cada etapa de su vida (niñez, adolescencia, adultez, senectud), sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte natural. Para poder prestarle una atención adecuada, es necesario considerar a la familia como algo diferente a la suma de sus miembros. La familia es la unidad fundamental del gran sistema social que representa la comunidad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en donde sus integrantes interactúan, formando sub-sistemas con factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia.³²

La familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Se fundamenta en la unión entre hombre y mujer, en el amor entre ellos y en la manifestación del mismo hacia los hijos. Es el ámbito donde la persona se sabe amada, y es capaz de amar. La familia es pues la base de toda comunidad de personas, amor y vida, donde todos sus miembros están llamados al desarrollo humano pleno. La familia es la institución fundamental para la vida de toda sociedad.

Por eso en el campo de la salud la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros "tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero, por lo que es a ella la que se debe dirigir la atención para mejorar la salud de la población del país. La comunidad y el ambiente forman parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia. Por ello, el abordaje de la atención debe integrar todos estos aspectos. Además constituye un escenario privilegiado para la interacción y la integración de personas y la familia.

Los problemas de salud son asumidos desde una comprensión amplia y compleja. Por ello se procura el abordaje intersectorial, vinculando las intervenciones de los sectores de educación, vivienda, trabajo, transporte, etc. y los gobiernos locales, como una forma de responder a las causas de los problemas de salud y no sólo a sus consecuencias.

La atención integral en salud supone que las intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación son ofrecidas de manera integrada. Por ello, la integralidad de la atención requiere el trabajo de equipos multidisciplinarios (equipos de salud que cuentan con varios tipos de profesionales) y polifuncionales (profesionales que son capaces de desarrollar capacidades nuevas y asumir tareas y retos distintos).

La atención es continua en todos los niveles, ordenando de forma flexible los flujos de atención y de recursos, asegurando una atención de creciente complejidad en caso de ser necesaria. Esto implica una complementariedad de los servicios al interior de un establecimiento de salud o de una red o de una microrred, y procesos de coordinación interinstitucionales. La continuidad de la atención supone lo siguiente:

Todos los servicios que recibe una persona tanto en el establecimiento como en otros espacios, ya sea referido a la promoción, prevención, recuperación o rehabilitación, deben estar relacionados e integrados y, complementarse para atender a sus necesidades de salud.

Debe haber continuidad entre la atención que se recibe en un establecimiento de salud del primer nivel de atención y otros establecimientos de mayor complejidad. Este nivel de complejidad se consigue mediante la articulación funcional de establecimientos en redes de servicios y con la creación de mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia. Concepción del ser humano, no solo como un ser físico, sino también poseedor de una parte psico-social que guardan estrecha relación entre sí.⁹

- **Universalidad:** La atención debe ser universal, en cuanto se busca asegurar, con el trabajo coordinado de todos los actores del Sector, una cobertura real para la atención, promoción y recuperación de la salud de toda la población, en la medida que es un derecho fundamental de todas las personas. El Ministerio de Salud debe garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud, en especial de las poblaciones con menores recursos que no son cubiertas por otro régimen de prestación, público o privado. Generalización para toda la población en el acceso a la salud.⁹
- **Descentralización:** La atención debe ser descentralizada, favoreciendo la autonomía regulada de los niveles regionales y locales. De esta forma se podrán desarrollar nuevos liderazgos, en función de la mejora de la atención.⁹
- **Equidad:** La atención debe ser equitativa, en la medida en que se reconocen las grandes desigualdades en las condiciones y calidad de vida y salud de las personas. La atención debe contribuir a eliminar las inequidades, distribuyendo los recursos y servicios de tal forma que se pueda atender a los grupos de población en función de sus necesidades de salud. Principio fundamental de la justicia social, propensión a dejarse guiar por el sentimiento del deber.⁹
- **Eficiencia:** La atención debe ser eficiente en cuanto se orienta a aquellos grupos más vulnerables o en situaciones de riesgo (eficiencia social) de forma tal que el resultado del gasto proporcione los mayores resultados en términos de mejora en la situación sanitaria de la población.⁹
- **Respeto a los derechos de las personas:** La atención debe promover el reconocimiento de las personas como sujetos principales de su propia salud, la de su familia y su comunidad. El respeto de los derechos exige actuar de manera responsable y con transparencia, mucho más en los aspectos relacionados con las decisiones en torno a la propia salud.⁹

- **Participación y promoción de la ciudadanía:** La atención debe promover y apoyar la participación de la persona, familia y comunidad en torno a la mejora de las condiciones de salud. Igualmente, se debe fortalecer su corresponsabilidad en el desarrollo, mantenimiento y control de la calidad de los servicios, creando nuevas prácticas de participación y de debate, de diálogo interpersonal y escucha, y establecimiento de acuerdos e intereses comunes, en el marco del actual proceso de descentralización. La participación de la comunidad permite hacer efectiva la solidaridad, mediante el apoyo que brindan, por ejemplo, los comités de salud local, la unidad de vigilancia comunal, las redes sociales, el trabajo de los agentes comunitarios de salud, entre otros agentes sociales.
- **Persona:** Es la unidad básica de salud. Se refiere al ser capaz de derechos y obligaciones. Individuo de la especie humana inmersa en una familia donde nace, crece, forma y se desarrolla.²⁹
- **Familia:** La familia es la unidad fundamental del gran sistema social, que representa la comunidad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en donde sus integrantes interactúan, formando subsistemas con factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia. La familia es el ámbito privilegiado, donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Se fundamenta en la unión entre hombre y mujer, en el amor entre ellos y en la manifestación del mismo hacia los hijos. Es el ámbito donde la persona se sabe amada, y es capaz de amar. La familia es pues la base de toda comunidad de personas, amor y vida, donde todos sus miembros están llamados al desarrollo humano pleno. La familia es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso en el campo de la salud la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros "tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero"¹¹, por lo que es a ella la que se debe dirigir la atención para mejorar la salud de la población del país.

Es el grupo de personas relacionadas por la herencia, como padres hijos y sus descendientes que está inmersa en una comunidad. El término abarca a las personas emparentadas por el matrimonio o a las que viven en el mismo hogar unidad afectivamente, que se relacionan con regularidad y que comparten los aspectos relacionados con el crecimiento y el desarrollo de la familia y de sus miembros individuales.^{29,30}

- **Comunidad:** Es el grupo de individuos que residen en una región geográfica determinada y que comparten intereses u obligaciones comunes. Escenario privilegiado para la interacción y la integración de personas y familias.^{29,30}

6. OBJETIVOS:

6.1. Objetivo general:

Conocer la percepción del Modelo de Atención Integral de Salud en los Directivos de la Dirección Regional, Hospitales y Centros de Salud del Ministerio de Salud en el Departamento de Ica.

6.2. Objetivos Específicos:

- Conocer la percepción del Modelo de Atención Integral de Salud en los Directivos de la Dirección Regional de Salud del Departamento de Ica.
- Conocer la percepción del Modelo de Atención Integral de salud en los Directivos del Hospital Regional y Hospitales de Provincias del Ministerio de Salud del Departamento de Ica.
- Conocer la percepción del Modelo de Atención Integral de Salud en los Directivos de los Centros de Salud de las Provincias del Ministerio de Salud del Departamento de Ica.

7. JUSTIFICACIÓN

El pilar fundamental del presente trabajo de investigación fue conocer la percepción del Modelo de Atención Integral de Salud en los Directivos del Ministerio de Salud, expresadas en entrevistas abiertas individuales, que permitieron recoger una valiosa información sobre opiniones, ideas, impresiones, sensaciones, pensamientos y experiencias en el Departamento de Ica; información que contribuirá a mejorar las estrategias e instrumentos para hacerlo más efectivo y alcanzar los metas propuestas, teniendo en cuenta la diversidad de nuestra realidad nacional. Las diferentes realidades de ubicación geográfica, clima, idioma, idiosincrasia, hacen que cada Dirección Regional de salud, adopte diferentes formas de percepción del MAIS, siendo necesario ampliar sus alcances a nivel nacional.

La calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionadas con las bases genéticas de la persona, los estilos de vida y las enfermedades sufridas durante la infancia, la adolescencia y la adultez, por ello la necesidad de brindar salud integral a todos los peruanos, empezando por concebir a las personas como seres más allá de la dimensión biológica y que nuestra intervención en ellos se debe acercar a esta integralidad en todos sus aspectos; el derecho reconocido de todas las personas a desarrollar el máximo potencial de sus capacidades; dejará de ser utópico en la medida que los prestadores de salud cambiemos nuestro enfoque. Se hace obligatorio que los sectores encargados de atender las necesidades de salud de la población realicemos esfuerzos para concertar, planificar y fortalecer las inversiones e intervenciones en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. La Implementación del Modelo de Atención Integral permitirá no sólo mejorar la calidad de los servicios, sino generar mayor protagonismo y participación de la ciudadanía sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, en el marco del enfoque de Promoción de la Salud y avanzar hacia mejores niveles de bienestar integral de la persona, la familia y la comunidad. Si bien ha existido una serie de avances en implementar la Atención Integral y definir modelos de alcance regional, se han desarrollado series de capacitaciones

y sensibilizaciones, pero qué ha cambiado en realidad?, qué percepción tienen nuestros Directivos de Salud en el Departamento de Ica del Modelo de Atención Integral y por qué?, cómo implementaría el MAIS en su establecimiento de salud?, cómo cree Ud. que el MAIS sería de utilidad?, Cómo aplicaría su paquete de Atención Integral por etapas de vida?, cuáles son las fortalezas del MAIS?, cuáles son las debilidades del MAIS?, cómo cree que su Dirección contribuiría a la construcción del MAIS?, qué sugiere para unificar conceptualización del MAIS a nivel nacional?.

Considero algunas cuestiones críticas que deben mejorarse, entre ellas pueden mencionarse: La elaboración de estrategias, la mejora de los canales de información; la articulación entre los diferentes programas de oferta; el incremento y concentración de los recursos financieros; la mejora en la tramitación de citas para la atención, mayor transparencia en los procesos de evaluación; la capacitación del equipo de salud para que tengan las competencias requeridas y brindar la atención conforme al Modelo de Atención Integral de salud, equipamiento, infraestructura, responsabilidad de los trabajadores de salud, cambio de actitudes, capacitación, y un mayor aprovechamiento de las relaciones existentes con las comunidades para garantizar la viabilidad de su participación en las actividades de salud; ayudará a sus organizaciones a alcanzar los objetivos estratégicos que persiguen estableciendo criterios y objetivos comunes que permitan entenderlo. Es necesario comprender sus implicancias, el compromiso de los trabajadores y el interés por la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud, de manera tal que haya unidad de principios y enfoque.

El MAIS es la construcción social que sustenta una práctica social en salud, que es una respuesta individual o colectiva a una o más necesidades de salud, permite darle coherencia a diversas prácticas que contribuyen a los resultados sanitarios esperados. Hay evidencia científica importante que demuestra que una adecuada implementación de MAIS, mejora la calidad de atención en los establecimientos de salud y el rendimiento de los trabajadores de salud.

En las conclusiones se considerará la transferibilidad de los resultados, el modo de aplicarlos provechosamente, tratando de generalizarlos. Las implicancias de este estudio son multidimensionales, para investigaciones posteriores, identificar constructos importantes que también puedan usarse en el desarrollo de instrumentos de valoración de la percepción del MAIS, así como para fines de otras investigaciones. Ayudará a moldear las percepciones de la atención integral de salud acerca de la situación y la conceptualización de soluciones potenciales.

Concluiré con la redacción de un informe. Se dejará la interpretación abierta a un escrutinio más estricto, tanto por el investigador, como por colegas y revisores externos.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

1. TAXONOMÍA DE LA INVESTIGACIÓN

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO			DISEÑO	NIVEL
	1	2	3		
Cualitativo	Comunicacional	Prospectivo	Transversal	Teoría fundamentada	Exploratorio

2. TIEMPO DE DURACIÓN DEL ESTUDIO: 1 año

3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

3.1. Universo

- **Criterios de inclusión**

Todos los Directores y Subdirectores de la Dirección Regional de Salud, Hospitales y Jefes de Centros de Salud de mayor cobertura asistencial en las Provincias del Departamento de Ica (Ica, Pisco, Chincha, Palpa y Nazca), que se encuentren ejerciendo el cargo en las fechas programadas para la entrevista.

- **Criterios de exclusión:**

Directivos de Hospitales de Apoyo, Directivos de Centros de Salud y Postas Médicas de menor cobertura asistencial, Directivos que no se encuentren ejerciendo su labor en la fecha programada según cronograma.

- **Cuantificación del universo**

N = 48 Directivos de Salud que funcionan como informantes clave.

- **Formalización del Universo**

DIRECTIVOS	UNIVERSO
Directivos de la Dirección Regional	2
Directivos de Hospitales	12
Jefes de Centro de Salud	34
TOTAL	48

3.2. Muestra

- **Tipo de muestra:** no probabilística, homogénea y estratificada.
- **Tamaño de la muestra:** 17 Directivos con los criterios de inclusión mencionados.
- **Formalización de la muestra.**

DIRECTIVOS	UNIVERSO	MUESTRA
Directivos de la Dirección Regional	2	2
Directivos de Hospitales: Regional y de Provincias	12	10
Jefes de Centro de Salud	34	5
TOTAL	48	17

**COMPOSICIÓN ANALÍTICA DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGÚN EL
CARGO ADMINISTRATIVO DE LOS DIRECTIVOS DEL MINISTERIO DE
SALUD DEL DEPARTAMENTO DE ICA**

DIRECTIVOS			SUBTOTALES		TOTAL	
			Nº	Nº	Nº	%
DIRECCIÓN REGIONAL	DIRECTOR		1	2	2	11.76
	SUBDIRECTOR		1			
HOSPITALES	DIRECTORES	Regional	1	5	10	58.82
		Pisco	1			
		Chincha	1			
		Palpa	1			
		Nazca	1			
	SUBDIRECTORES	Regional	1	5		
		Pisco	1			
		Chincha	1			
		Palpa	1			
		Nazca	1			
CENTROS DE SALUD	JEFES	Ica	1	5	5	29.41
		Pisco	1			
		Chincha	1			
		Palpa	1			
		Nazca	1			
TOTAL					17	100.00

Fuente: Entrevista: Modelo de Atención Integral en la percepción de los Directivos de la Dirección Regional, Hospitales y Centros de Salud del Departamento de Ica. 2007.

4. SELECCIÓN Y CAPACITACIÓN DE ENCUESTADORES:

El responsable del estudio seleccionó a los encuestadores con grado de instrucción superior y experiencia en la aplicación de los instrumentos, durante los talleres de seguimiento post capacitación.

A fin de estandarizar los criterios de interpretación durante el recojo de la información se realizó un Taller de Capacitación para encuestadores, en el Auditorio de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.

Se contó con un equipo de 6 entrevistadores y un supervisor, bajo la conducción del responsable del estudio, en el que participó personal con nivel de responsabilidad.

5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó a la Entrevista Semi-estructurada como técnica de recolección de datos. Se entrevistó a los Directivos de los establecimientos de salud seleccionados, con el objeto de recoger información sobre la percepción que tenían dichos directivos respecto al Modelo de Atención Integral en lo que concierne a las 9 preguntas de la Cédula de Entrevista.

Se usaron grabadoras para grabar la totalidad de las entrevistas, las que fueron transcritas en su totalidad y entregadas al responsable del trabajo de investigación.

La aplicación de las entrevistas¹⁶ sobre percepción del MAIS se realizaron en las mañanas entre las 8 y 12 horas. Asimismo, se entrenaron a 6 encuestadores, cuyos roles fueron:

Encuestador 1: Entrevistó al Director y Subdirector de la Dirección Regional de Salud del Departamento de Ica.

Encuestador 2: Entrevistó al Director y Subdirector del Hospital Regional de Ica y Jefe del Centro de Salud de Parcona.

Encuestador 3: Entrevistó al Director, Subdirector del Hospital San Juan de Dios y Jefe del Centro de Salud de San Andrés de la Provincia de Pisco.

Encuestador 4: Entrevistó al Director, Subdirector del Hospital San José y Jefe del Centro de Salud Grocio Prado de la Provincia de Chincha.

Encuestador 5: Entrevistó al Director, Subdirector del Hospital y Jefe del Centro de Salud Río Grande de la Provincia de Palpa.

Encuestador 6: Entrevistó al Director y Subdirector del Hospital y Jefe de Centro de Salud de Vista Alegre de la Provincia de Nazca.

Finalizada la aplicación de cada entrevista, el encuestador transcribió la información obtenida en formatos Ad-hoc, siguiendo criterios establecidos en la capacitación. Se utilizó una Base de Datos en Excel previamente elaborada, para facilitar el análisis.

6. INSTRUMENTOS:

La muestra seleccionada fue entrevistada con un solo instrumento: la **cédula de entrevista** sobre percepción del MAIS a los Directores, Subdirectores y Jefes de Centros de la Dirección Regional, Hospitales y Centros de Salud del Ministerio de Salud, del Departamento de Ica.

El entrevistador se valió de esta guía temática que indica las preguntas que hubo de formular. Las preguntas abiertas permitieron al informante responder con sus propias palabras y proporcionar la información más completa.

El estudio se realizó mediante visitas a los establecimientos de Salud, de MINSA seleccionados para el trabajo de investigación.

7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Los datos obtenidos por los entrevistadores se procesaron con el procedimiento de codificación, para clasificar y organizar los datos. La recolección, el análisis y la interpretación²⁶ de los datos son virtualmente simultáneos, se interpretan los datos al mismo tiempo que se categorizan, ello permitió agrupar las respuestas, para poder evaluar cuáles son las opiniones más salientes de los entrevistados, a continuación se buscaron los patrones y la estructura que conecten las categorías temáticas.

La finalidad del procesamiento de datos es ordenar un gran volumen de información de modo que sea posible sintetizarla, interpretarla y darla a conocer. Se organizó y dió sentido al material recolectado, se hizo la presentación completa de los resultados de investigación en un formato compatible con las limitaciones de espacio de las publicaciones.

El primer paso fue realizar una revisión atenta de un subgrupo reducido con el objeto de encontrar una tipología de respuestas posibles, en concordancia, con las formulaciones teóricas que guían la investigación; organizarlas, desarrollar un método para clasificar, un mecanismo que permita el acceso a distintos datos sin tener que leerlos una y otra vez en su totalidad. Esta fase del análisis es reduccionista, los datos deben convertirse en unidades más compactas, manejables y manipulables, fáciles de localizar y revisar. Puede tratarse de múltiples respuestas a una misma pregunta o una variedad de posibles situaciones observadas, casi siempre se encuentran ideas similares pero que se expresan a través de palabras diferentes. El análisis y la interpretación de los datos son virtualmente simultáneos, el investigador interpretó los datos al mismo tiempo que los categorizó. Desarrolló un sistema de categorización basado en la lectura de una parte de los datos y se codificó el contenido con base en dicho sistema. Los **archivos conceptuales** constituyen un método tradicional de organización de datos mediante el cual

se codifica la información en los márgenes del material narrativo impreso (transcripciones de entrevistas), se recortan los pasajes codificados y se colocan en el expediente de cada uno, de modo que sea fácil localizar la información. El significado de los datos fluye del análisis, surgen las estrategias principales para manejar el proceso percepción del MAIS.

A cada categoría de respuestas se dió un código particular, se procedió a unificarlas en un mismo código, lo cual es necesario para poder integrarlas, se agruparon numéricamente todas las respuestas u observaciones que sean idénticas o que tengan una mínima homogeneidad con lo que quedaron sintetizadas las respuestas que contienen las entrevistas. Cuando aparecen respuestas ambiguas, extrañas o simplemente anómalas, es conveniente agruparlas en el código "otras respuestas", para no abrir demasiadas categorías simultáneamente.

Los procesos intelectuales del análisis cualitativo fueron apoyados por tareas de procesamiento de datos, que implican actividades que preparan los datos para análisis posteriores. El investigador hizo las veces de intérprete que leyó los datos para detectar unidades y segmentos significativos, a fin de lograr una comprensión más profunda. Luego se desarrolló un esquema de categorización que suelen incluir 2 ó 3 pasajes reales que detallan el contenido de los materiales codificados en cada categoría. El significado de los datos fluye del análisis. Después se procedió a operar con ellos como si se tratara simplemente de datos cuantitativos.

El siguiente paso es la validación del análisis temático²⁶. El método más ampliamente utilizado en Ciencias de la Salud es la **teoría fundamentada**, la cual empieza con una codificación abierta y luego busca la estrategia central, que se inicia con la identificación de unidades analíticas significativas. (Véase sección de análisis).

Esta metodología proporciona una gran cantidad de información y de opiniones, que en algunas ocasiones son fruto de experiencias personales y en otras de experiencias institucionales. La validez del método radica en la

calidad de los entrevistados, en la cantidad de entrevistas y en la naturaleza de las mismas, en cuanto a la duración, profundidad y espontaneidad de las respuestas. En el procesamiento de la información acumulada, se resume un conjunto de percepciones en las que se ha encontrado una mayor convergencia y que puede definir un estado de opinión mayoritario, que muy acertadamente pueden poner de manifiesto aspectos muy puntuales, específicos y originales.

En el análisis cualitativo participan varios procesos intelectuales, como:

- **Comprensión:**

Encontrar sentido a los datos y descubrir qué está pasando, es completa, cuando se llega a la saturación.

- **Síntesis:**

Implica tamizar los datos y ensamblar las piezas. El investigador presenta los primeros enunciados generalizados de los informantes.

- **Teorización:**

Implica la clasificación sistemática de los datos. Este proceso sigue evolucionando hasta que no se obtiene la mejor explicación y la más concisa.

- **Recontextualización:**

Explorar la posibilidad de aplicarla a otros entornos o grupos, debe generalizarse.

Estos cuatro procesos avanzan arduamente en el transcurso del estudio.

Se formulan las conclusiones, se considera la transferibilidad de los resultados, se generaliza y comprende el modo de aplicar provechosamente los resultados del estudio.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE LOS DATOS

1. PROCEDIMIENTO GENERAL

El análisis fue prácticamente simultáneo con el muestreo y la recolección de datos; es decir, a la par que se elegían los informantes clave, en este caso los Directivos de Salud, y se recogía la información mediante la entrevista, los datos eran analizados para encontrar sentido a las respuestas, hasta que las mismas exhibían constantes de ocurrencia o saturación.

2. PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO

Para este menester se empleó como diseño la **Teoría Fundamentada** en su modalidad sistemática, con algunas modificaciones impuestas por la naturaleza de la presente investigación. Los pasos concretos asumidos en el análisis para cada ítem de la entrevista se esquematizan a continuación:

PASOS ANALÍTICOS	ÍTEMS DE LA ENTREVISTA	INFORMANTES CLAVE
<ul style="list-style-type: none">Identificación de las unidades significativas de análisis.	<ol style="list-style-type: none">Percepción del MAIS.¿Por qué?Implementación del MAIS.Utilidad del MAIS.Aplicación del paquete de atención integral.Fortalezas del MAIS.Debilidades del MAIS.Contribuciones a la construcción del MAIS.Sugerencias para la unificación de la conceptualización del MAIS.	Directivos de la Dirección Regional.
<ul style="list-style-type: none">Categorización de las unidades analíticas.		Directivos de Hospitales: Regional y De Provincias
<ul style="list-style-type: none">Descripción e interpretación de las unidades de análisis		
<ul style="list-style-type: none">Generación de teorías.		Directivos de Centros de Salud

3. PASOS ANALÍTICOS

- **Identificación de las Unidades Analíticas Significativas**

Constituyen unidades analíticas significativas, los segmentos de las respuestas que se consideran representativos. Estas unidades han podido ser identificadas por **codificación abierta y codificación axial**.

La codificación abierta permitió el reconocimiento de categorías iniciales de significado por comparación constante, merced a la revisión de cada una de las 9 respuestas. La codificación axial permitió la selección de la categoría clave o central, a la que se llamó **significativa** por su relevancia e ingerencia semántica en el discurso.

- **Categorización de las unidades analíticas**

La categorización consistió en la asignación de **etiquetas de valor** o categorías a las unidades analíticas significativas, haciendo posible su denominación tipológica, merced a un proceso de síntesis o reducción semántica.

- **Descripción e interpretación de las categorías**

Después de haber categorizado las unidades más significativas por ítem de la entrevista, fue necesario describir e interpretar el significado de las categorías asignadas. Dichas descripciones requirieron, según el caso, de justificaciones o avales que implicaron la recuperación de unidades de análisis o la necesaria apelación a las respuestas originales para cimentar las descripciones significativas.

- **Generación de teorías**

Luego de haber descrito e interpretado las categorías, convino elucidar explicaciones coherentes al comportamiento de los datos, o dicho de otro modo, correspondió emitir hipótesis generacionales o teorías que expliquen el porqué de las percepciones del MAIS en los Directivos de Salud, como consecuencia de la comparación y la relación intercategorial. Esta explicación figura formalmente en la discusión.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

MATRIZ N° 1

Percepción del MAIS en la opinión de los Directivos de la Dirección Regional, Hospitales y Centros de Salud del Ministerio de Salud del Departamento de Ica

PERCEPCIÓN DEL MAIS	DIRECTIVOS				
	De la Dirección Regional		De Hospitales		De Centros de Salud
	Director	Subdirector	Regional	De Provincias	
1. Forma de llegar al paciente y familiares en su entorno	Congruente con la norma				
2. Sistema enf. persona fam. y comunidad.		Congruente con la norma			
3. Sistema ambivalente positivo y negativo			No congruente con la norma		
4. Sistema de reciente desarrollo			Parcialmente congruente		
5. Sistema cambiante y en evolución					Parcialmente congruente
6. Trabajo de gestión y administración hospitalaria				Parcialmente congruente	
7. Proceso de implementación				Parcialmente congruente	
8. Trabajo en equipo					Parcialmente congruente
9. Atención bio-psico-nutricional				Parcialmente congruente	
10. Atención más amplia de la persona				No congruente con la norma	
11. Atención integral a los usuarios					No congruente con la norma
12. Sistema que debería aplicarse como política				Parcialmente congruente	
13. Atención en conjunto a todos los pacientes, integralmente				No congruente con la norma	
14. Atención integral a las personas					No congruente con la norma
15. Política comunicativa del MINSA				Parcialmente congruente	
16. Sistema que compromete a la persona, familia y comunidad				Congruente con la norma	
17. "Estamos en pañales"					No congruente con la norma

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007

Dentro del pluralismo perceptivo de los Directivos de Salud, prima en términos generales, una percepción parcialmente congruente con la norma respecto a lo que es el Modelo de Atención Integral de Salud; seguida por una percepción no congruente, y finalmente una percepción congruente. La primera es asumida mayormente por los Directivos de Hospitales; la segunda por los Jefes de los Centros de Salud; y, la tercera, por los Directivos de la Dirección Regional.

La noción referente del MAIS tiene elementos infaltables en su constitución teórica como *“políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que operando coherentemente garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud”*. Sin embargo, las percepciones acusan mayormente falencias conceptuales de enfoque y contexto, como se puede apreciar en la siguiente percepción tomada literalmente de un Directivo de Centro de Salud: *“el MAIS ya es un modelo nuevo de atención integral de salud, nosotros estamos trabajando conjuntamente con todo el equipo de salud dando... digamos, este...atención”*.

Las percepciones no congruentes con la norma sobre el MAIS corresponden a definiciones tautológicas ciertamente por desconocimiento de lo que es esencialmente el modelo o falta de concreción a la pregunta e inconsistencias de orden semántico y morfosintáctico en la expresión.

Las percepciones tautológicas utilizan en la definición los términos a ser definidos, como: *“bueno, el MAIS enfoca la atención integral hacia las personas, o el MAIS es un Modelo de Atención Integral de Salud”*. Las faltas de dirección o concreción a la pregunta soslayan la precisión y emiten expresiones como ésta: *“por ejemplo, ahorita. Usted es encargado de un programa, otro programa y de repente le ponen otro programa encima, y esto es lo que un poco dificulta este servicio”*. Las inconsistencias morfosintácticas quiebran la correcta expresión, como: *“bueno dentro de lo que se puede decir una apreciación panorámica un poco disminuida, debido a que está tomando auge para hacer todo lo que es con respecto al MAIS, pero aun estamos en pañales”*. Esta aseveración es una mutilación del lenguaje y atenta contra la correcta expresión.

MATRIZ N° 2

¿Por qué tiene Usted esa percepción del MAIS?

RAZONES	DIRECTIVOS				
	De la Dirección Regional		De Hospitales		De Centros de Salud
	Director	Subdirector	Regional	De Provincias	
1. Diversidad de la realidad nacional.	Congruente				
2. Fundamentos políticos.		Congruente			
3. Los pacientes mayormente no tienen seguro.			Congruente		
4. Conocimiento precoz y causal del problema.			Congruente		
5. El MAIS involucra a la comunidad y al Centro de Salud.					Incongruente
6. Razones de evolución.				Congruente	
7. Porque no hay incentivo para los trabajadores.				Incongruente	
8. Poner en conocimiento de todas las personas.					Incongruente
9. Necesidad de considerar al paciente como un todo.				Congruente	
10. Por requerimiento personal, familiar y comunitario.				Congruente	
11. Se atiende al paciente en todo.					Congruente
12. El MAIS es un instrumento multidisciplinario.				Incongruente	
13. Por necesidad de una completa satisfacción.				Congruente	
14. Se atiende a la persona, familia y comunidad y entorno.					Congruente
15. Necesidad de incorporar a los más pobres.				Congruente	
16. Garantizar la salud de las personas.				Congruente	
17. Falta de capacitación y presupuesto.					Congruente

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007

Las razones que se especifican en el presente cuadro pretenden constituir las bases o soportes fundamentatorios que permiten explicar el por qué de las percepciones vertidas por los Directivos de la Dirección Regional, Hospitales y Centro de salud sobre el MAIS. Sin embargo, no todas estas potenciales razones han sido congruentes con las percepciones emitidas o dicho de otro modo, constituyen justificación necesaria y suficiente a la opinión expresada al respecto, antes bien, han sido incongruentes a la exigencia de la pregunta investigativa ¿por qué?.

Algunas razones han sido calificadas de incongruentes, porque de hecho no explican el porque de la percepción emitida, sino más bien, pretenden definir al MAIS como: *“el MAIS es un instrumento multidisciplinario” o porque “no hay incentivo en los trabajadores” o “poner en conocimiento de todas las personas”.*

La razón congruente se ajusta o debe prestar soporte justificatorio a la percepción sostenida por el Directivo respecto al MAIS, es decir a la respectiva respuesta y no a otra. *“El MAIS es un sistema que involucra a la persona, a la familia y la comunidad por razones de la diversidad de proceso en salud-enfermedad y por razones políticas”.*

MATRIZ N° 3

¿Cómo implementaría el MAIS en su establecimiento de salud?

FORMAS DE IMPLEMENTACIÓN	DIRECTIVOS				
	De la Dirección Regional		De Hospitales		De Centros de Salud
	Director	Subdirector	Regional	De Provincias	
1. Centros periféricos.	X				
2. Recursos y normas.		X			
3. Atención secundaria preventiva.			X		
4. Énfasis en la atención secundaria.			X		
5. No sabe.					X
6. No sabe.				X	
7. Respuesta inconsistente.				X	
8. Infraestructura y recursos humanos.					X
9. Capacitación del personal.				X	
10. (No sabe) posibilidad ilusoria.				X	
11. Capacitación y prevención.					X
12. Proyección comunitaria.				X	
13. Concientizando y capacitando.				X	
14. No sabe, no precisa.					X
15. No sabe.				X	
16. Educación a los usuarios.				X	
17. Compromiso coordinado.					X

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007

En realidad se tiene que leer in extenso todas las respuestas por Directivo, muchas en extremo dilatadas e imprecisas, para poder identificar la unidad analítica significativa o idea clave representativa de la respuesta, con el riesgo inclusive de a veces no encontrarla no por impericia en el análisis, sino porque objetivamente no se encuentra en el discurso. Tal como se puede apreciar en una respuesta recuperada del contexto, frente a la pregunta ¿cómo implementaría el MAIS en su establecimiento de salud?, el Directivo responde: “*Bueno es una política del Ministerio de Salud, como yo por ejemplo yo soy internista, digamos... yo digamos, yo tengo una visión*

un poquito más fragmentada de la salud, digamos...” y el Directivo entrevistado no responde a la pregunta, por ello la respuesta mereció la categoría de “*no sabe*”.

En términos generales, la mayoría de los Directivos de Salud responden con sentido a las formas potenciales de implementación del MAIS, pero desde sus perspectivas inherenciales y sesgos. Así los Directivos a cargo de la Dirección Regional privilegian los centros periféricos, los recursos y las normas, tal como puede evidenciarse en esta cita recuperada: “*nosotros no podemos al momento integrar el MAIS completamente, entonces tenemos **centros periféricos** para poder disciplinar lo que es la norma del MAIS*” y más adelante ya en la opinión del subdirector, con mucho más congruencia acota: “*bueno, la implementación del Modelo exige primero tener recursos materiales y recursos económicos y normas...”*.”

Los Directivos de Hospital Regional enfatizan en la atención secundaria como forma de implementación del MAIS, y dicen: “*se está poniendo más énfasis en la atención secundaria del paciente para poder tratar enfermedades más complejas...”*.”

Los Directivos de Hospitales de Provincias tienen una percepción más plurimorfa al respecto, sin embargo, de manera mayoritaria, relieves la capacitación del personal como una forma importante de implementación del MAIS. En ese sentido el informante clave asevera: “*Bueno tenemos un área dedicada a ver estos aspectos y está tratando de..., primero difundir y luego capacitar al personal de salud, con la finalidad de poder cumplir con los objetivos*”.

Los Directivos de Centros de Salud que concuerdan más en el desconocimiento que en los aciertos, dirigen sus enfoques hacia la infraestructura y recursos humanos, la capacitación y prevención y al compromiso coordinado, como potenciales maneras de implementar el MAIS. En tal sentido afirman: “*claro, se implementaría lógicamente en coordinación con todos, no solamente en mi centro de salud...”*.”

MATRIZ N° 4

¿Cómo cree Usted que el MAIS sería de utilidad?

UTILIDAD DEL MAIS	DIRECTIVOS			
	De la Dirección Regional	De Hospitales		De Centros de Salud
		Regional	De Provincias	
1. Brindando promoción de salud y saneamiento ambiental	X			
2. Incidiendo en la salud personal y colectiva	X			
3. Dando atención primaria y secundaria		X		
4. Modelo con grandes visiones (no responde a la pregunta)		X		
5. Mediante prevención				X
6. Distinguiendo las diferentes etapas de la vida			X	
7. Reforzando el sistema			X	
8. Sería de bastante utilidad (no expresa cómo)				X
9. El MAIS es un nuevo modelo (no expresa cómo)			X	
10. No sabe, no opina			X	
11. Educando al paciente para prevenir				X
12. Haciendo que el seguro sea universal			X	
13. Capacitando a los médicos por especialidades			X	
14. Haciendo campañas de atención por comunidad				X
15. Satisfaciendo la demanda			X	
16. Sensibilizando al personal			X	
17. Preparando y capacitando al personal				X

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007

En referencia a la utilidad del MAIS, las respuestas son más dispersas y plurales. La mayoría de los Directivos asevera que el sistema sería de mayor utilidad a través de la prevención, opinión que coincidentemente comparten los Directivos de la Dirección Regional y los de Centros de Salud. Al respecto refieren: “... *para nosotros es más fácil prevenir que tratar, y el MAIS protege eso...*”.

Una forma por cierto importante para incrementar la utilidad del MAIS es la capacitación médica, tal como lo sostienen los Directivos de Hospitales de Provincias y los Directivos de Centros de Salud, cuando al respecto señalan: “... *aquí en Palpa no contamos con Médicos Especialistas... por eso el personal está tratando de conseguir especialistas en la rama y si estamos capacitados vamos a brindar esa atención al paciente*”.

Sin embargo, una proporción de Directivos (de hospitales y centros de salud); aunque no reconoce saber cómo el MAIS podría ser de más utilidad, sus palabras trasuntan más que eso, es decir sus respuestas evidencian desconocimiento e incongruencia a la pregunta: “*como ya te dije es un Modelo con grandes visiones que está dirigido a poblaciones específicas, pero lamentablemente la situación económica del país no permite el desarrollo óptimo del MAIS*”.

MATRIZ N° 5

¿Cómo aplicaría Usted su Paquete de Atención Integral por Etapas de Vida?

APLICACIÓN DEL PAQUETE	DIRECTIVOS				
	De la Dirección Regional		De Hospitales		De Centros de Salud
	Director	Subdirector	Regional	De Provincias	
1. Atención diferenciada	X				
2. Atención horizontal según las etapas de vida		X			
3. Según perfiles de morbilidad			X		
4. Por grupos etáreos			X		
5. No indica cómo					X
6. Por especialidades				X	
7. Atención gratuita				X	
8. No indica cómo					X
9. No indica cómo				X	
10. No indica cómo				X	
11. Mediante educación diferenciada					X
12. Estrategias diferenciadas				X	
13. Mediante coordinación con los responsables de cada programa				X	
14. Por seguimiento y derivación					X
15. Por grupos etáreos				X	
16. Mediante programas y responsables				X	
17. Por grupos etáreos y responsables					X

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

La mayoría de Directivos de Salud concuerda que el paquete de Atención Integral debería ser aplicado diferenciadamente. Esta opinión coincidentemente cubre los 3 estratos investigativos, cuyos informantes clave expresan: *“Lo ideal sería aplicar la atención por grupos: etáreos, paquete niño, adolescente, adulto y adulto mayor...”*.

A pesar de la muy satisfactoria respuesta anterior, una relativa menor proporción de Directivos, aunque importante en frecuencia dan respuestas como estas: *“...como existen modas en la vida, en la medicina también existen tendencias...”* o se vuelven redundantes: *“por etapas de vida, bueno por etapas de vida, nosotros horita estamos trabajando... por la etapa de vida del niño, estamos recién comenzando a trabajar...”* ciertamente dichas respuestas fueron etiquetadas con la categoría “no indica cómo” o “no sabe”.

La pluralidad de respuestas intermedias oscila entre una aplicación del paquete por perfiles de morbilidad o por especialidades: *“por etapas de vida, de acuerdo a los perfiles que hay de las diez primeras causas de morbilidad hospitalaria...”* o *“esto está en relación a lo que hemos hablado... está en relación a los especialistas...”*.

La variedad de respuestas también implica la aplicación del paquete por programas responsables y seguimiento: *“mira los paquetes los venimos aplicando a través de responsables... que comprende programa de crecimiento y desarrollo...”* o *“se le explica y examina al paciente y ver que seguimiento se le debe hacer...”*.

MATRIZ N° 6

¿Cuáles son las fortalezas del MAIS?

FORTALEZAS	DIRECTIVOS				
	De la Dirección Regional		De Hospitales		De Centros de Salud
	Director	Subdirector	Regional	De Provincias	
1. El trabajador del sector	X				
2. Salud individual y colectiva		X			
3. Atención multienfoque del paciente			X		
4. Personal especializado			X		
5. La capacitación					X
6. La información				X	
7. No precisa				X	
8. No precisa					X
9. Orientación y el establecimiento de salud				X	
10. No sabe				X	
11. El personal					X
12. Instrumento de prevención y promoción				X	
13. Accesibilidad para todos				X	
14. El trabajo en equipo					X
15. No precisa				X	
16. El logro de alguna cobertura				X	
17. Trabajo con la comunidad					X

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

Los Directivos de la Dirección Regional opinan que el trabajo en equipo, y la salud individual y colectiva constituyen las fortalezas más importantes del MAIS: *“por eso siempre lo digo son nuestros trabajadores del sector que en actos heroicos cumplen con la función que el Ministerio les ha dado”* y... *“nos permite observar no solo la salud individual sino la salud colectiva de la población...”*.

Los Directivos del Hospital Regional privilegian la atención multienfoque y la disponibilidad de personal especializado como fortalezas exclusivas del MAIS; en ese sentido aseveran: ... *“la atención no sólo se limita a tratar la cefalea sino también otras patologías...”* *“la fortaleza sería... contar con personal especializado que llevaría a una mejor atención...”*.

Los Directivos de Hospitales de Provincias aunque apuestan por la salud individual y colectiva, la capacitación, información y la prevención, revelan no saber en alguna proporción: *“Mira yo...no...no sé...no, no estoy muy de acuerdo..., o muy digamos..., ya!”*. O dan respuestas como éstas: *“Poquitas, son pocas fortalezas todavía no hay muchas fortalezas, realmente yo no veo muchas fortalezas, yo creo que todavía estamos muy débiles”*.

Los Jefes de Centro de Salud destacan el trabajo en equipo como fortaleza del MAIS: *“...aquí trabajamos en equipo, todos nos apoyamos en todo lo que necesitamos...”*.

MATRIZ N° 7

¿Cuáles son las Debilidades del MAIS?

DEBILIDADES	DIRECTIVOS				
	De la Dirección Regional		De Hospitales		De Centros de Salud
	Director	Subdirector	Regional	De Provincias	
1. Presupuesto reducido	X				
2. Falta de implementación y capacitación		X			
3. Altos costos			X		
4. Falta de personal capacitado			X		
5. La parte económica					X
6. Subasistencia social				X	
7. Falta de liderazgo				X	
8. Falta de recursos humanos e infraestructura					X
9. Características propias del paciente				X	
10. No sabe				X	
11. Difusión inadecuada					X
12. Incobertura del no asegurado				X	
13. Poco conocimiento sobre MAIS				X	
14. Falta de movilidad					X
15. Deficiencia de recurso humano				X	
16. La cuestión presupuestal				X	
17. Falta de recursos humanos y económicos					X

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

Los Directivos de la Dirección Regional sindicaron al presupuesto reducido y a la falta de implementación y capacitación como las debilidades más ostensibles del MAIS: *“Al momento, el presupuesto a lo largo del año 2000 hasta ahora, nos han reducido casi el 80%...”* y que aunque sin asumir una correcta dicción expresiva, manifiestan: *“las debilidades quizás sea que su implementación va a requerir de alguna manera mayores recursos...”*.

Los Directivos del Hospital Regional afirman lo mismo pero en menor frecuencia: *“los costos, los altos costos por el screening, esa es la realidad”* o... *“la falta de personal capacitado necesario para el buen desarrollo del modelo y la falta de apoyo económico...”*.

Los Directivos de Hospitales de Provincias aunque mencionan más debilidades además de las expresadas anteriormente, adicionan la falta de liderazgo, la idiosincrasia del paciente, la falta de recursos y el relativo desconocimiento, y la más frecuente la subasistencia social: *“las debilidades quizás están en relación con la población, ¿no? Hacer un poquito más de asistencia social...”*.

Los Directivos de Centros de Salud opinan que la debilidad más frecuente del MAIS es la falta de recursos humanos e infraestructura: *“...no podemos implementar bien por falta de recursos humanos como lo vuelvo a decir y falta de infraestructura...”*.

MATRIZ N° 8

¿Cómo cree Usted que su Dirección contribuiría a la construcción del MAIS?

CONTRIBUCIÓN A LA CONSTRUCCIÓN DEL MAIS	DIRECTIVOS				
	De la Dirección Regional		De Hospitales		De Centros de Salud
	Director	Subdirector	Regional	De Provincias	
1. Coordinación, evaluación y control	X				
2. Centros piloto		X			
3. Atención primaria			X		
4. Capacitación del personal			X		
5. Mejorando la relación con la comunidad					X
6. Con gestión ejecutiva				X	
7. Pregunta juzgada impertinente				X	
8. Dando facilidades al responsable					X
9. Facilidades para la difusión del MAIS				X	
10. No sabe				X	
11. Trabajando con la comunidad					X
12. Capacitando al personal				X	
13. Dedicación exclusiva en el desarrollo del sistema				X	
14. Apoyo del jefe					X
15. Capacitando al personal				X	
16. Capacitación continua del personal				X	
17. Experiencia en el Modelo					X

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

Los Directores de la Dirección Regional manifiestan que su dirección contribuiría a la construcción del MAIS mediante actividades de coordinación, evaluación y control: *“tenemos reuniones del sector... estamos disciplinando la norma, controlamos las normas... evaluamos...”*. Por su parte los subdirectores recalcan la importancia de los centros piloto, y al respecto aseveran: ... *“se han establecido centros piloto, es decir se hacen un entrenamiento que se realiza en un centro de salud... con la idea de ver de qué manera ayudo...”*.

Los Directivos del Hospital Regional sostienen que podrían contribuir a la construcción del MAIS, trabajando en comunidad, o capacitando al personal. A propósito de lo expresado, el Director Regional acota: *“...daríamos luces e información para la atención primaria...”* En lo que respecta al Subdirector Regional este asevera: *“...Bueno pondría énfasis en la capacitación del personal, ya que con ello se garantiza el buen desarrollo del MAIS”*.

Los Directivos de Hospitales de Provincias aunque poseen una percepción más variada en este sentido, ya que sindicán el trabajo en comunidad, la gestión ejecutiva y las facilidades para la difusión, como modos de contribuir a la construcción del MAIS, en verdad dan mayor relieve a la capacitación del personal: *“yo pienso de seguir capacitando a nuestro personal en lo que es este Modelo...”*.

Los Jefes de Centro de Salud enfatizan con relatividad en la gestión ejecutiva, no obstante confieren más importancia al trabajo en comunidad: *“...y ahora lo que nos falta es trabajar un poquito con la comunidad para poder disminuir la incidencia de las enfermedades...”*.

MATRIZ N° 9

¿Qué sugiere para unificar la conceptualización del MAIS a nivel nacional?

SUGERENCIAS	DIRECTIVOS				
	De la Dirección Regional		De Hospitales		De Centros de Salud
	Director	Subdirector	Regional	De Provincias	
1. Compartir el conocimiento	X				
2. Socializar el conocimiento del modelo		X			
3. Generar directivas nacionales			X		
4. Unión de los sistemas de salud			X		
5. Evaluar los avances					X
6. Compatibilizar acciones con la ley de Ministerio				X	
7. Implementar Directivas nacionales				X	
8. Que se trabaje en equipo					X
9. Facilidades para la difusión				X	
10. No sugiere con pertinencia				X	
11. Reunirse en la D.R.S.					X
12. Marquetear el conocimiento del MAIS				X	
13. Facilidades para la capacitación				X	
14. Apoyar la capacitación					X
15. Capacitación al personal				X	
16. Se den políticas de gobierno				X	
17. Unir los dos sistemas de salud					X

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

Los Directivos de la Dirección Regional sugieren se capacite el personal para lograr la unificación del MAIS a nivel nacional: “... *se debe compartir el conocimiento para que el que lo escucha le diga sí, estas bien, o mira estás equivocado...*” El Subdirector refuerza y acota: “*Debería socializarse más lo que es el modelo del MAIS, para que autoridades y trabajadores lo conozcan bien...*”.

Los Directivos del Hospital Regional piensan similarmente respecto a la unificación del MAIS en lo que respecta a la emisión de directivas nacionales y fusión de los dos sistemas (MINSA y ESSALUD). Sin embargo, los Directivos de Hospitales de Provincias consideran que capacitando el personal se lograría la unificación del MAIS. Así lo sostiene cuando asevera que “... *mi sugerencia es que se trate en lo posible darle capacitación a todo el personal...*”.

Los Directivos de Centros de Salud recomiendan además de capacitar al personal, fusionar los sistemas, evaluar los avances, y lo que es más importante trabajar en equipo: “...*¡que se trabaje en equipo!, y tener conciencia de..., digamos que los centros y puestos de salud son vitales...*”.

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

La congruencia de las percepciones sobre el MAIS o su tendencia a ello en los Directivos de la Dirección Regional de Salud del Departamento de Ica podría deberse, como es lógico, a su mayor preparación y capacitación en gestión y administración de servicios de salud, que dicho sea de paso constituye una razón de relativa tranquilidad, pero a su vez motivo de mejora y consolidación.

El déficit cognitivo sobre el MAIS empieza hacerse ostensible en los Directivos del Hospital Regional a juzgar por su percepción parcialmente congruente e inconsistente (10% en cada caso) y se remarca claramente en los Directivos de los Hospitales de Provincias, en los cuales la falencia cognitiva se acrecienta dado que sus percepciones no congruentes alcanzan un 20%, y sus percepciones parcialmente congruentes, un 50%.

Las concepciones impropias sobre el MAIS alcanzan ribetes alarmantes en los Jefes de Centros de Salud que, aunque revelan ser parcialmente congruentes en un 40%, son mayormente no congruentes en el 60%.

Es de suponer que las percepciones deficitarias e inconsistentes sobre el MAIS en los Directivos de Salud precisados, responden a no dudarlo a una dramática subcapacitación o a una sensible falta de ésta, situaciones que podrían deberse a la necesidad de Programas de Actualización dirigidos por el MINSA o por el desinterés personal, condiciones que podrían explicarse a su vez por la falta de presupuesto y de recursos materiales y logísticos.

Con el ánimo de generar teorías más acabadas que puedan explicar desde diferentes ópticas la conceptualización impropia del MAIS, puede esbozarse la siguiente: *el hecho de la alta frecuencia de percepciones parcialmente congruentes sobre el MAIS evidencia, no en todos los casos, pero sí mayormente, un subconocimiento o desconocimiento conceptual, normativo, político u operacional del sistema por parte de los informantes clave, en este caso los Directivos del Ministerio de Salud de Ica, a*

pesar que la praxis hospitalaria y administrativa debiera estarles confiriendo los elementos de juicio sino suficientes, por lo menos mínimo necesarios.

Ese subconocimiento perceptivo de algunos Directivos de Salud se ha visto incluso agravado por limitaciones morfosintácticas en la expresión oral al momento de emitir sus respuestas, las cuales mayormente carecían de concreción a la pregunta, y desde luego ello podría atribuirse no sólo a la falta de actualización y capacitación sobre temas de gestión hospitalaria y administración de recursos de salud, sino también a una base deficitaria de recursos lingüísticos.

CONCLUSIÓN

Los Directivos de la Dirección Regional, Hospitales y Jefes de Centros de Salud del Ministerio de Salud del Departamento de Ica perciben de forma diferente el Modelo de Atención Integral de Salud, manifestándose en los diferentes grados de congruencia en relación con la norma y las formulaciones teóricas de la investigación. Por tanto las diferencias en su percepción se relacionan a un diferente nivel del conocimiento del modelo.

RECOMENDACIÓN

Se sugiere la puesta en marcha de un Programa de Capacitación sostenido sobre el Modelo de Atención Integral de Salud que involucre a todos los agentes de Salud en sus diferentes niveles jerárquicos en el Ministerio de Salud del Departamento de Ica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA-PSNB. *Proyecto salud y nutrición básica. Informe final*. MINSA. Lima. 2001.
2. MINISTERIO DE SALUD. *Resolución Ministerial 729-2003- SA/DM. La Salud Integral: Compromiso de todos- El Modelo de Atención Integral de Salud*. Elaborado para el periodo 2002-2012.
3. MINISTERIO DE SALUD. *Situación de Salud en el Perú. Indicadores Básicos* MINSA/OPS. 2003.
4. MINSA-PBPT. *Hacia una Atención Integral*. Lima, MINSA. 1995.
5. UNI-Trujillo. *Vigilancia Familiar. Paquete Básico de Servicios de Salud*. Trujillo, Mimeo. 1999.
6. MINSA-APRISABAC. *Modelo de Atención en Salud*. Lima, MINSA. 1999.
7. MINSA-Región San Martín. *Atención Integral del Niño*. Tarapoto, MINSA. 1999.
8. MINISTERIO DE SALUD. *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012*. Lima. 2001.
9. MINISTERIO DE SALUD. *Modelo de Atención Integral de Salud*. Lima - Perú. 2003.
10. MINISTERIO DE SALUD. *Evaluación del proceso de implementación de la Estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, en ámbitos de las direcciones de salud I - Callao y III - Lima Norte (Ventanilla, Puente Piedra y Ancón 1999 - 2003)*. MINSA/OPS/USAID Lima. 2005.

11. DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD. *Atención Integral de Salud de la niña y el niño. Dirección general de Salud de las personas.* Gobierno del Perú - 2004.
12. MINISTERIO DE SALUD. *Modelo de Atención Integral de Salud: Etapa de vida Adolescente.* Gobierno del Perú - 2004.
13. MINISTERIO DE SALUD. *Modelo de Atención Integral de Salud: Etapa de vida Adulta.* Gobierno del Perú - 2004.
14. MINISTERIO DE SALUD. *Lineamientos para la atención integral de las personas adultas mayores.* Gobierno del Perú. Abril 2005.
15. LEY DE POLÍTICA NACIONAL DE POBLACIÓN. *Aprobada por Decreto Legislativo Nº 346, modificada por Decreto Legislativo 26530.* 2002.
16. ASAMBLEA INTERNACIONAL. *Acuerdos y Compromisos asumidos en la Primera Asamblea Internacional sobre el Envejecimiento.* Viena. 1982.
17. *Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo.* El Cairo. 1994.
18. *Cumbre Mundial sobre el Desarrollo social.* Copenhague. 1995.
19. *Plan Nacional de Población 1998-2002.* Decreto Supremo Nº 010. 2000.
20. *Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006.* Decreto Supremo Nº 005-2002. PROMUDEH. 2002.
21. *Ley General de Salud. Ministerio de Salud.* Julio 1997.
22. RICARDO CORCHERA, Cecilia Hidalgo, Alicia Quintana. *Exigibilidad del Derecho a la Salud. Propuesta 22. Consorcio de Investigación Económica y Social.* Lima, Perú 2005.
23. MINISTERIO BRITÁNICO PARA EL DESARROLLO INSTITUCIONAL. *Proyecto POLICY. En el siglo XXI. Retos y Propuestas de Políticas. Consorcio de Investigación Económica y Social.* Lima, Perú. 2002.

24. RICARDO CORCHERA, Catalina Hidalgo. Alicia Quintana. *Adecuación de Propuestas Políticas. Consorcio de Investigación Económica y Social*. Lima, Perú. Julio 2002.
25. MINISTERIO DE SALUD. *El Modelo de Atención Integral de Salud*. Dirección Regional de Salud de las personas. Octubre 2002.
26. SALGADO LÉVANO, Ana Cecilia. *Revisión y análisis de la metodología cualitativa*. Universidad de San Martín de Porres, Escuela Profesional de Psicología, Instituto de Investigación. Lima. 2000.
27. HUME. *Filosofía Medieval y Moderna*. 8va edición. Editorial Salvat. Madrid. 1999.
28. HUME. *Tratado de la Naturaleza humana*. Madrid. 1ra edición. Editorial Salvat. Madrid. 2000.
29. DICCIONARIO DE MEDICINA. Océano. 1998.
30. DICCIONARIO MOSBY. *Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. 5ta Edición. Hartcourt. French & European Publications Inc. January 2003
31. *Ciencia y Enfermería*. ISSN 1717. 9553 Versión on line. 2009.
32. DE LA REVILLA, L. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Madrid: Doyma, 1994. Schor, E. Influencia de la familia en la salud infantil. *Clínicas Ped.N.A.* Vol. I. 1995.
33. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD. *Guía de implementación del MAIS*. Managua. Nicaragua. 2007.
34. MINISTERIO DE SALUD. *Documento de Trabajo. Guía Operativa del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) Dirección General de Salud de las Personas. DGSP-DGPROM. Guía de Implementación (versión 05-07-04)*. 2004.
35. MINISTERIO DE SALUD. *La Salud, Nuestra Tarea. El Modelo de Atención Integral de Salud*. Dirección General de Salud de las Personas. 2002.

36. MINISTERIO DE SALUD. *Plan Nacional de Aplicaciones Iniciales Modelo de Atención Integral de Salud*. 2004.
37. MINISTERIO DE SALUD. *La Salud Integral: compromiso de todos. El Modelo de Atención Integral de Salud*. 2005.
38. MINISTERIO DE SALUD. *Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012*. Lima, 2001.
39. MINISTERIO DE SALUD. *El Modelo de Atención Integral de Salud. Dirección General de Salud de las personas*. Lima, Mayo 2003.
40. MINISTERIO DE SALUD. *Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. Documento de Trabajo. Dirección General de Salud de las Personas. DGSP-DGPROM*. Lima, Mimeo. 2001.
41. MINISTERIO DE SALUD. *Fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio. Agosto 2001- Julio 2006*. Lima. Mimeo. 2001.
42. MINISTERIO DE SALUD. *Sistemas de la Calidad en Salud*. Lima. 2001.
43. VARGAS MELGAREJO Luz María. *Sobre el concepto de percepción*. Centro de Información y Documentación Antropológica, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa/Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma. Metropolitana-Xochimilco. ALTERIDADES, 1994.
44. <http://definicion.de/percepción-social>. Revisada el 11-02-2010.

ANEXOS

**PERCEPCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
EN LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES
Y CENTROS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD DEL
DEPARTAMENTO DE ICA.**

**ANEXO N° 1:
CÉDULA DE ENTREVISTA**

Dirección Regional de Salud ICA

**Hospital: Regional
 De Provincias**

Centro de Salud:

**Provincia: Chincha.....
 Pisco.....
 Ica.....
 Nazca.....
 Palpa.....**

1. ¿Qué percepción tiene del Modelo de Atención Integral de Salud?
2. ¿Por qué?
3. ¿Cómo implementaría el MAIS en su establecimiento de Salud?
4. ¿Cómo cree Ud. que el MAIS sería de utilidad?
5. ¿Cómo aplicaría Ud. su Paquete de Atención Integral por Etapas de Vida?
6. ¿Cuales son las fortalezas del MAIS?
7. ¿Cuales son las debilidades del MAIS?
8. ¿Cómo cree que su Dirección contribuiría a la construcción del MAIS?
9. ¿Que sugiere para unificar la conceptualización del MAIS a nivel nacional?

ANEXO N° 2**TALLER DE CAPACITACIÓN PARA ENTREVISTADORES.**

Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. ICA
12 de Diciembre del 2006.

HORA	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	RESPONSABLE
9.00 am	Palabras de bienvenida	Exposición	Responsable del Trabajo de Investigación.
9.15 am	Justificación del Proyecto de Investigación	Exposición	Responsable del Trabajo de Investigación.
9.30 am	Metodología del Taller	Exposición MAIS	Responsable del Trabajo de Investigación.
10.15 am	Café		
10.45 am	Metodología del Taller	Exposición Entrevista Semiestructurada.	Responsable del Trabajo de Investigación.
1 -2pm	Almuerzo		
2 pm.	Revisión de Instrumentos del MAIS.	Lectura Comentada.	Responsable del Trabajo de Investigación.
3 pm.	Organización para el trabajo de campo	Exposición	Responsable del Trabajo de Investigación

ANEXO N° 3

ENTREVISTADORES Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Entrevistadores	Establecimientos de Salud
1	Dirección Regional de Salud.
	Hospital Regional de Ica.
2	Centro de Salud de Parcona. Ica.
	Hospital San José de Chincha.
3	Centro de Salud de Grocio Prado. Chincha.
	Hospital San Juan de Dios de Pisco
4	Centro de Salud de San Andrés. Pisco.
	Hospital de Palpa.
5	Centro de Salud de Río Grande. Palpa
	Hospital de Nazca.
6	Centro de Salud de Vista Alegre. Nazca

Anexo N° 4 RESULTADOS CUANTITATIVOS

TABLA N° 1

NIVEL DE CORRECCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL MAIS EN LOS DIRECTIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE ICA

DIRECTIVOS		NIVEL DE CORRECCIÓN DE LA PERCEPCIÓN								Total	
		Congruente con la norma		Parcialmente congruente		No congruente con la norma		Subtotales			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De la Dirección Regional		2	100,00					2	100,00	2	100,00
De Hospitales	Regional			1	10,00	1	10,00	2	20,00	10	100,00
	De Provincias	1	10,00	5	50,00	2	20,00	8	80,00		
De Centros de Salud				2	40,00	3	60,00	5	100,00	5	100,00

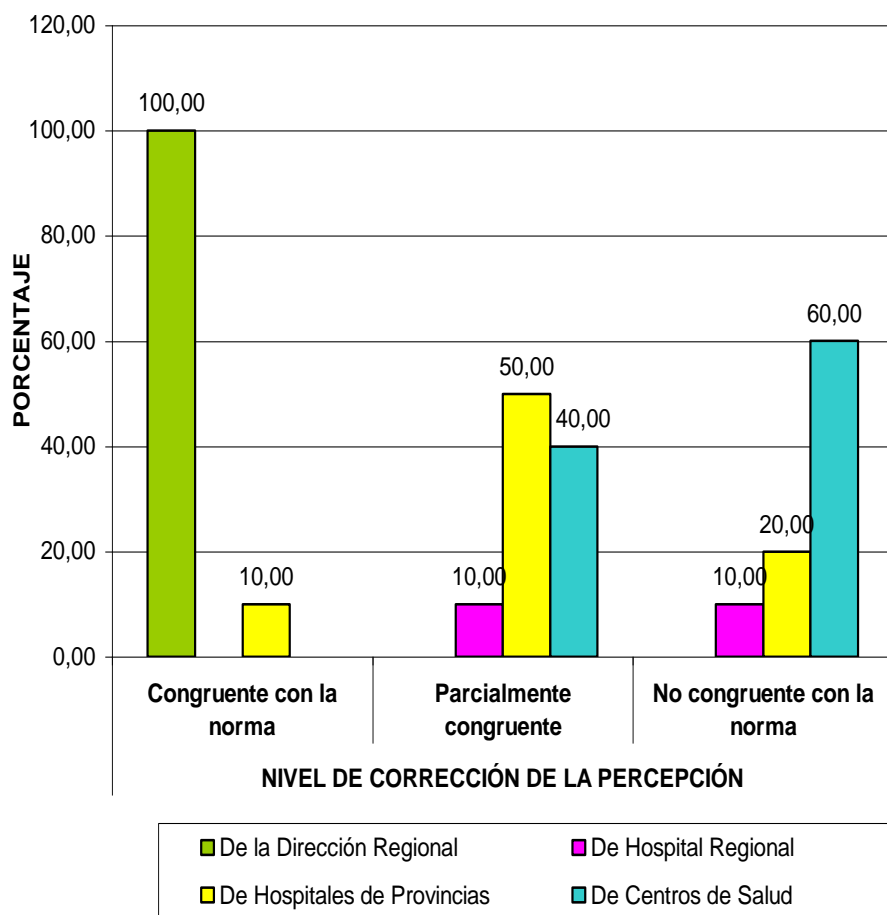
Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

En los Directivos de la Dirección Regional se dan sólo percepciones congruentes con la norma respecto del MAIS, con el 100,00%. Los Directivos de Hospitales de Provincias tienen mayormente una percepción parcialmente congruente de dicho modelo, alcanzando un 50%, respecto del 10% habido en el Hospital Regional. Es de esperarse que, en consonancia con su mayor capacitación, los Directores del Hospital Regional, tengan menos posibilidad de inconsistencia en sus percepciones, dado que ofrecen atención de mayor nivel. Los Directivos de Centros de Salud poseen mayormente una opinión no congruente respecto a la conceptualización del MAIS, pues dicha percepción alcanza un 60%.

Consecuentemente predominan las percepciones parcialmente congruentes emitidas mayormente por los Directivos de Hospitales; siguen en orden decreciente las percepciones no congruentes expresadas preeminentemente por los Jefes del Centro de Salud, y finalmente las congruentes asumidas por los Directivos de la Dirección Regional.

GRÁFICA N° 1

NIVEL DE CORRECCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL MAIS EN LOS DIRECTIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE ICA



Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

TABLA N° 2

**CONGRUENCIA DE LAS RAZONES A LA PERCEPCIÓN DEL MAIS EN
LOS DIRECTIVOS DE SALUD DE ICA**

DIRECTIVOS		RAZONES						Total	
		Congruentes		Incongruentes		Subtotales			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De la Dirección Regional		2	100,00					2	100,00
De los Hospitales	Regional	2	20,00			2	20,00	10	100,00
	De Provincias	6	60,00	2	20,00	8	80,00		
De los Centros de Salud		3	60,00	2	40,00	5	100,00	5	100,00

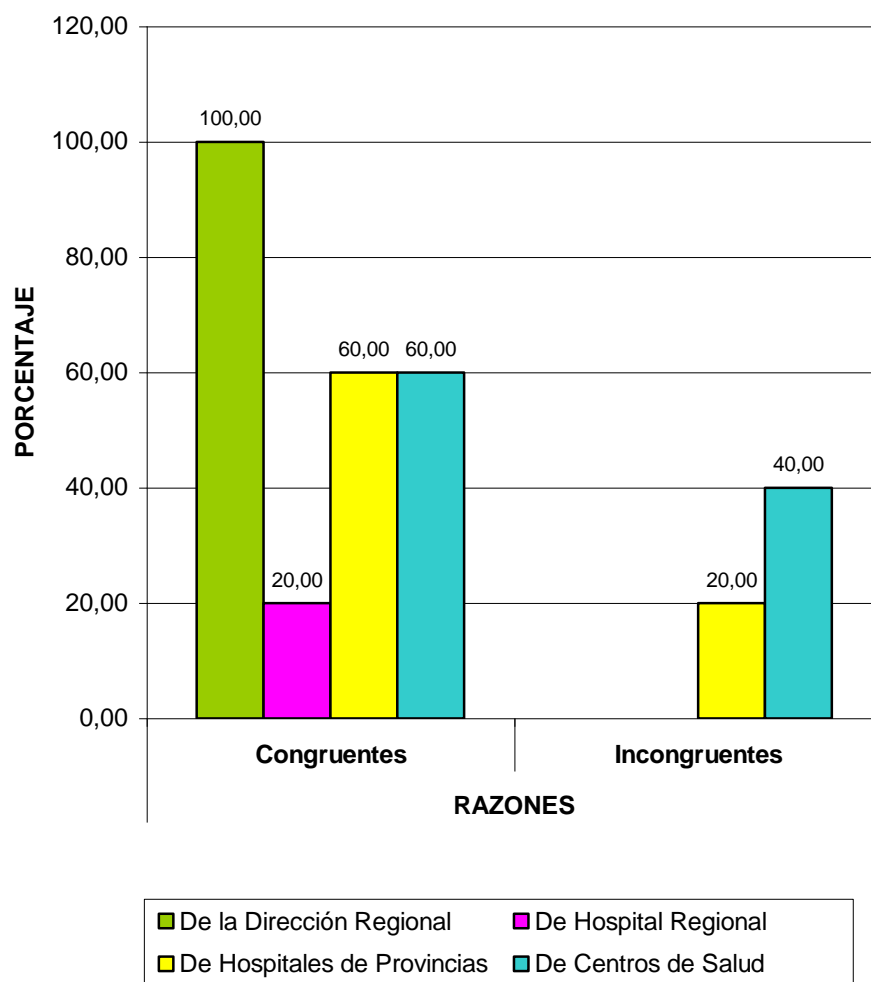
Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

Los Directivos de la Dirección Regional fundamentaron congruentemente sus percepciones sobre el MAIS, en el 100% de los casos. Los Directivos de Hospitales justificaron correctamente sus percepciones en el 80%, repartidos en el 20% para el Hospital Regional, y 60%, para los Hospitales de Provincias, acusando sólo un 20% de incongruencias. Por su parte los Directivos de Centros de Salud mayormente no fundamentaron con la debida pertinencia en el 40% de los casos, logrando una justificación adecuada en el 60%.

A pesar de las justificaciones incongruentes, predominaron las fundamentaciones correctas de las percepciones emitidas sobre el MAIS, posturas que fueron mostradas mayormente por los Directivos de la Dirección Regional, seguidos en orden decreciente por los Directivos de los Hospitales y luego por los Jefes de Centros de Salud.

GRÁFICA N° 2

CONGRUENCIA DE LAS RAZONES A LA PERCEPCIÓN DEL MAIS EN LOS DIRECTIVOS DE SALUD DE ICA



Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

TABLA N° 3

**FORMAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN LOS DIRECTIVOS
DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA**

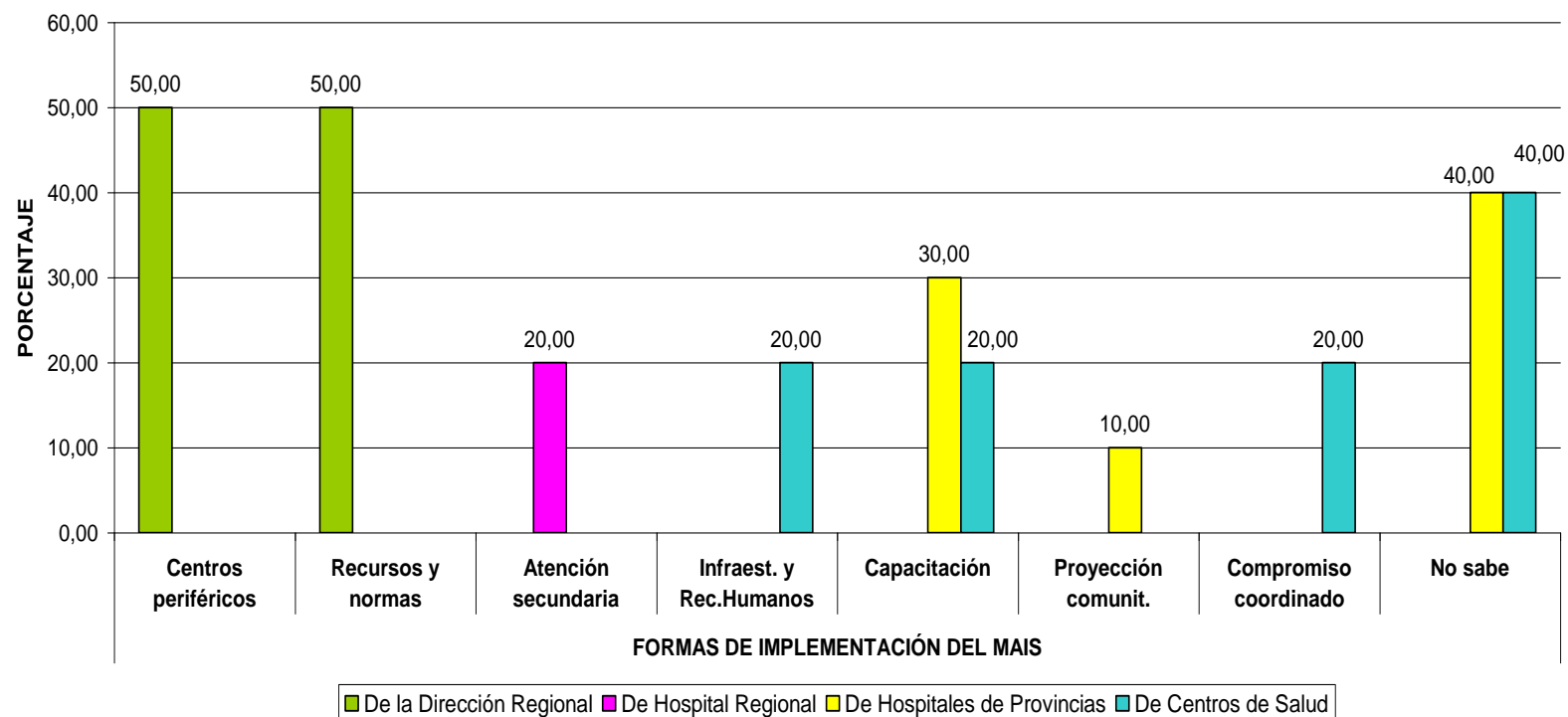
DIRECTIVOS		FORMAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS																		TOTAL	
		Centros periféricos		Recursos y normas		Atención secundaria		Infr. y rec. humanos		Capacitación		Proyecto comunit.		Compromiso		No sabe		Subtotales			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De la Dirección Regional		1	50,00	1	50,00													2	100,00	2	100,00
De los Hospitales	Regional					2	20,00											2	20,00	10	100,00
	De Provincias									3	30,00	1	10,00			4	40,00	8	80,00		
De los Centros de Salud								1	20,00	1	20,00			1	20,00	2	40,00	5	100,00	5	100,00

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

Los directivos de la Dirección Regional indican que el MAIS podría implementarse mediante la creación de centros periféricos pilotos, de recursos y normas, con el 50% en cada caso. Los Directivos del Hospital Regional enfatizan en la atención secundaria con el 20%. Sus homólogos de Provincias, aunque apuestan por la capacitación en un importante 30%, mayormente no saben cómo implementarían el MAIS en su establecimiento, con el 40%. Los Directivos de Centros de Salud en su mayoría ignoran cómo hacerlo en un 40%, y los menos, en un 20% en cada caso, afirman requerir de infraestructura y recursos humanos, así como de capacitación y compromiso coordinado.

GRÁFICA N° 3

FORMAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA



Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

TABLA N° 4
FORMAS DE UTILIDAD DEL MAIS EN LA PERCEPCIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL,
HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA

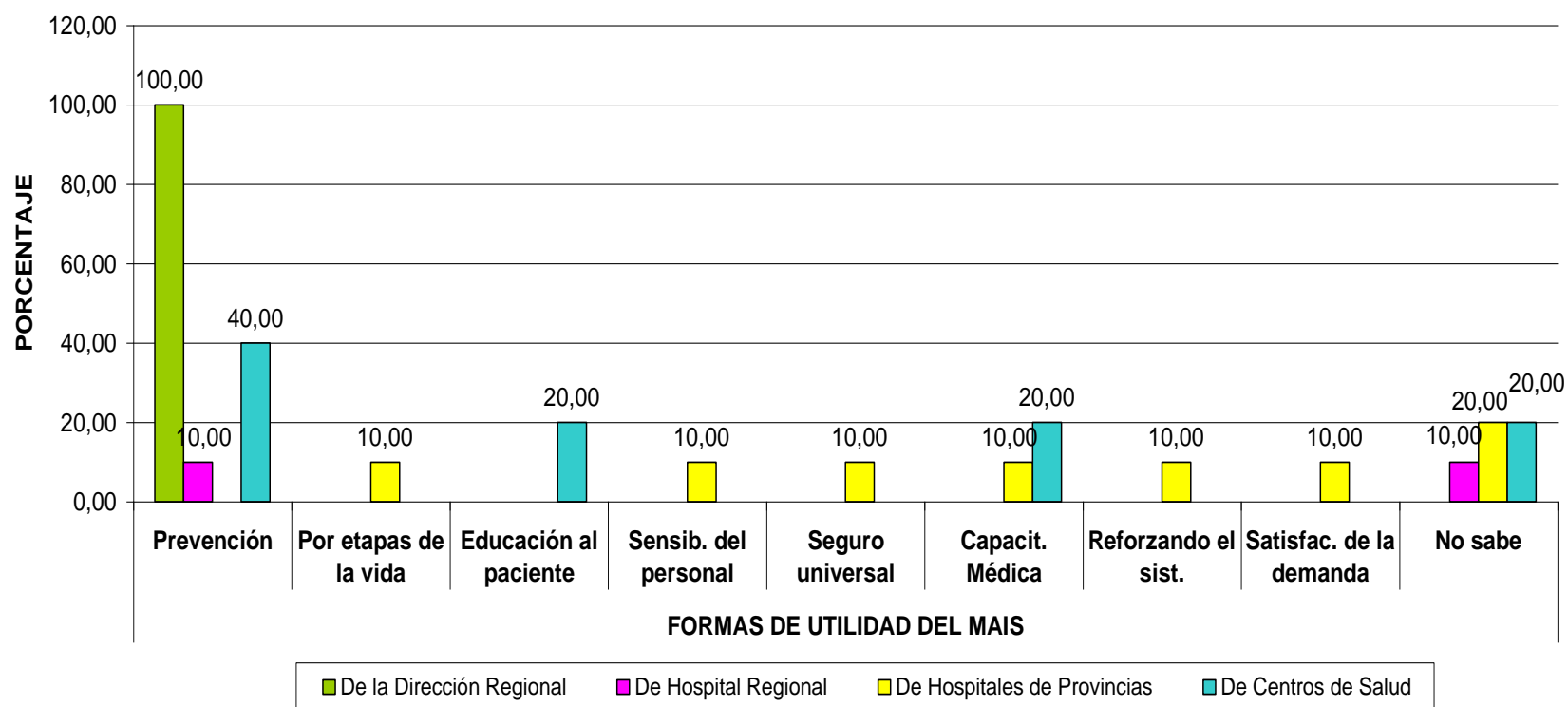
DIRECTIVOS		FORMAS DE UTILIDAD DEL MAIS																		TOTAL			
		Prevención		Por etapas de la vida		Educación al paciente		Sensib. Del personal		Seguro universal		Capacitac. Médica		Reforzando el sist.		Satisfac. de la demanda		No sabe				Subtotales	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			Nº	%	Nº	%	Nº	%
De la Dirección Regional		2	100,00																	2	100,00	2	100,00
De los Hospitales	Regional	1	10,00														1	10,00	2	20,00	10	100,00	
	De Provincias			1	10,00			1	10,00	1	10,00	1	10,00	1	10,00	1	10,00	2	20,00	8			80,00
De los Centros de Salud		2	40,00			1	20,00					1	20,00					1	20,00	5	100,00	5	100,00

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

Los Directivos de la Dirección Regional en el 100% de los casos opinan que el MAIS sería de más utilidad mediante programas de prevención. Los Directivos del Hospital Regional sostienen lo mismo, aunque en sólo un 10%, otro 10% no sabe. Los Directivos de Hospitales de Provincias, mayormente, no saben cómo el MAIS tendría más utilidad; sin embargo el 60% residual opina pluralmente. Así, que el sistema podría ser más útil aplicándolo por etapas de vida promoviendo la sensibilidad de personal; implementando el seguro universal, mediante capacitación médica, reforzando el sistema y satisfaciendo la demanda en cada caso con el 10%. Los Directivos de los Centros de Salud se inclinan mayormente por la prevención (40%).

GRÁFICA N° 4

**FORMAS DE UTILIDAD DEL MAIS EN LA PERCEPCIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL,
HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA**



Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

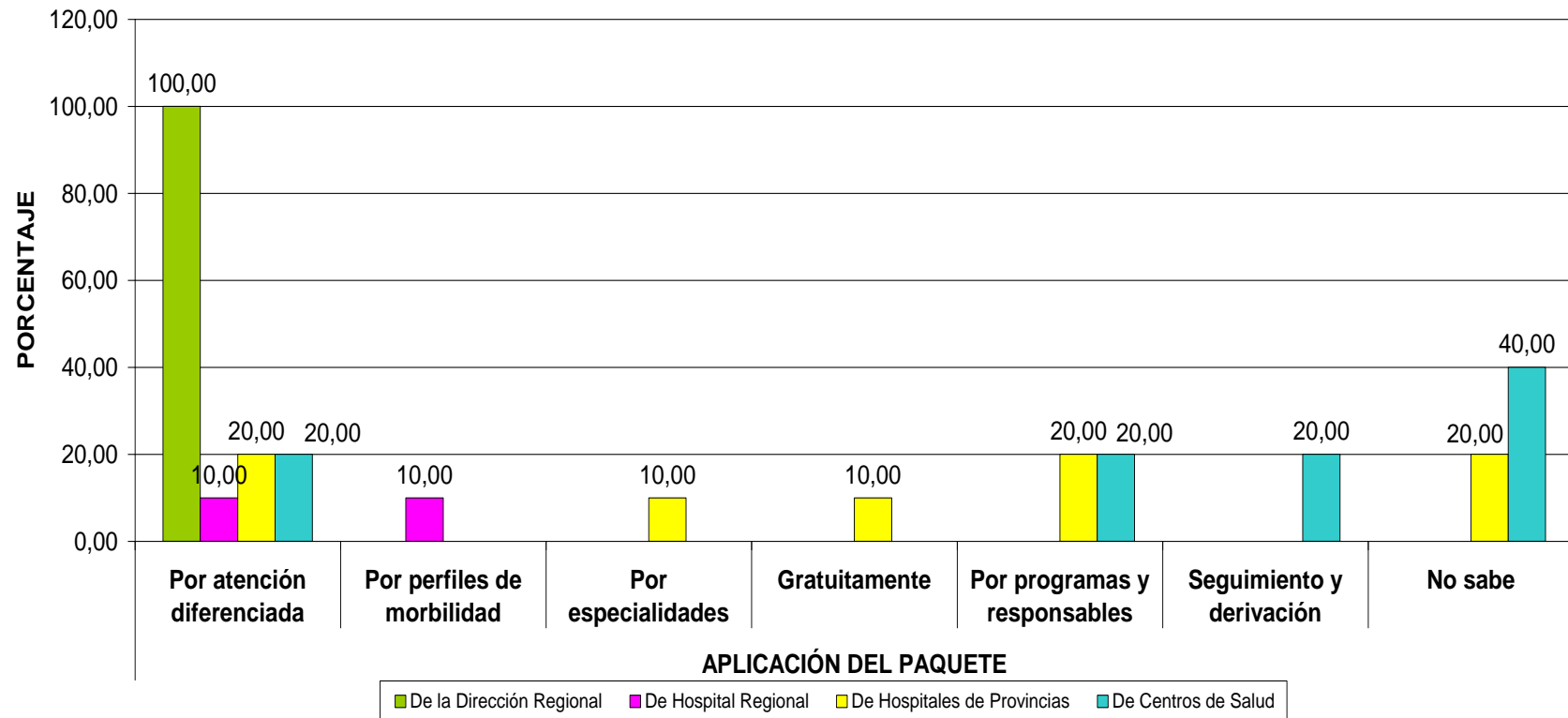
TABLA N° 5
APLICACIÓN DE PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA EN LA OPINIÓN DE LOS
DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA

DIRECTIVOS		APLICACIÓN DEL PAQUETE																TOTAL	
		Por atención diferenciada		Por perfiles de morbilidad		Por especialidades		Gratuitamente		Por programas y responsables		Seguimiento y derivación		No sabe		Subtotales			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De la Dirección Regional		2	100,00													2	100,00	2	100,00
De los Hospitales	Regional	1	10,00	1	10,00											2	20,00	10	100,00
	De Provincias	2	20,00			1	10,00	1	10,00	2	20,00			2	20,00	8	80,00		
De los Centros de Salud		1	20,00							1	20,00	1	20,00	2	40,00	5	100,00	5	100,00

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

Los Directivos de la Dirección Regional opinan que el Paquete de Atención Integral debería aplicarse diferenciadamente en el 100% de los casos. Los Directivos del Hospital Regional aseveran lo mismo, pero en un 10%; el otro 10% afirman que dicho paquete debería aplicarse por perfiles de morbilidad. Los Directivos de Hospitales de Provincias dicen que el paquete debería aplicarse mayormente por programas y responsables en un 20% de casos. Sin embargo, un porcentaje idéntico de estos últimos informantes revelan no saber como se aplicaría dicho paquete asistencial. Los Directivos de Centros de Salud sostienen que el seguimiento y la derivación de pacientes, así como la atención diferenciada, y los programas y responsables, aunque en se dan en un 20% en cada caso, constituyen la clave de la aplicación del paquete AIEV (Atención Integral por Etapas de Vida). No obstante, muy a despecho de lo precisado por estos últimos, existe un alto 40% de Jefes de Centros de Salud, que manifiestan no saber cómo aplicarían dicho paquete.

GRÁFICA N° 5
APLICACIÓN DE PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA EN LA OPINIÓN DE LOS
DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA



Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

TABLA N° 6
FORTALEZAS DEL MAIS EN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y
CENTROS DE SALUD DE ICA

DIRECTIVOS		FORTALEZAS DEL MAIS																TOTAL	
		Trabajo en equipo		Salud individual y colectiva		Atención multienfoque		Personal especializado		Capacitación e información		Inst. de prevención		No sabe		Subtotales			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De la Dirección Regional		1	50,00	1	50,00											2	100,00	2	100,00
De los Hospitales	Regional					1	10,00	1	10,00							2	20,00	10	100,00
	De Provincias			2	20,00					2	20,00	1	10,00	3	30,00	8	80,00		
De los Centros de Salud		3	60,00							1	20,00			1	20,00	5	100,00	5	100,00

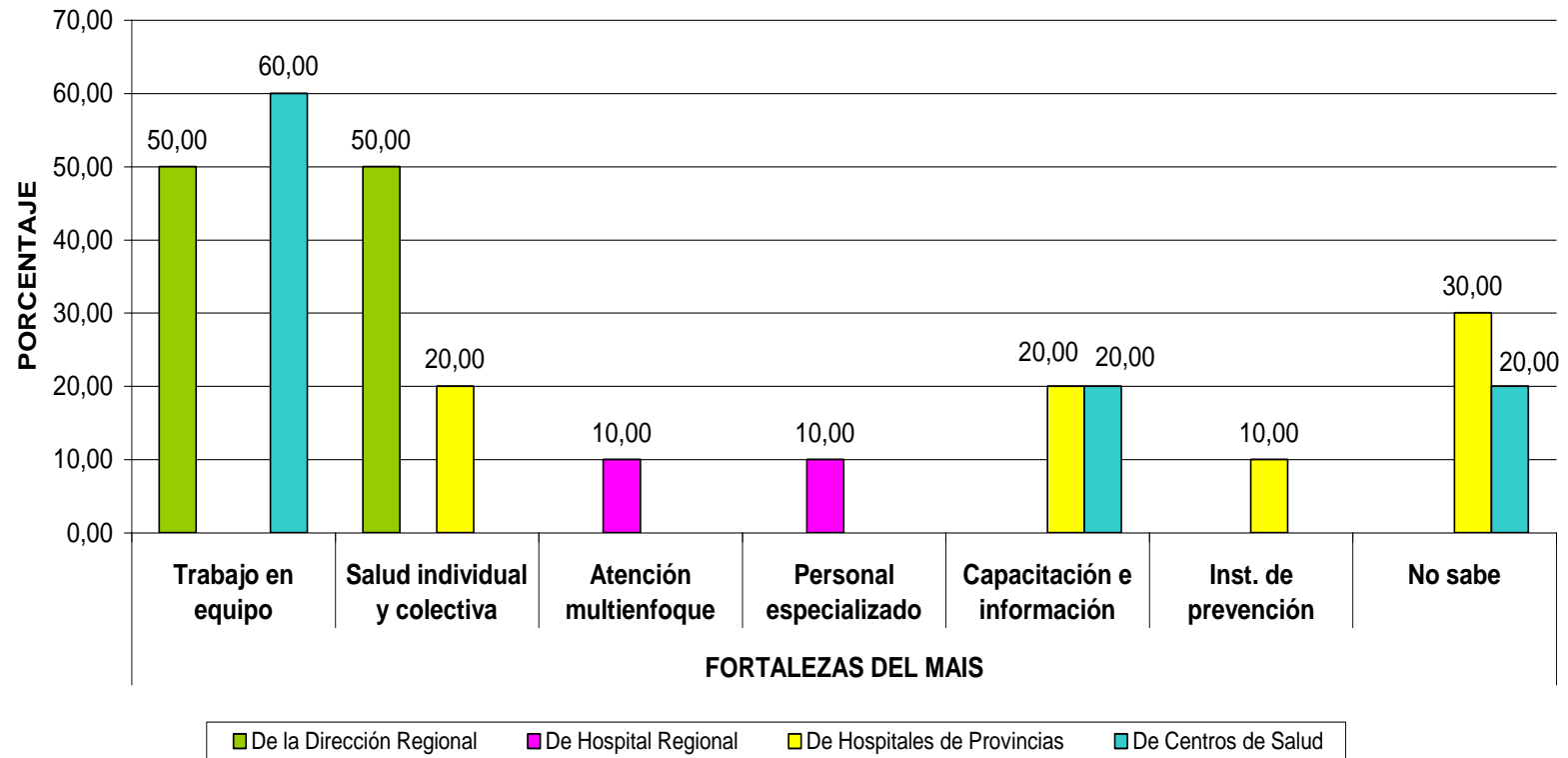
Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

Los Directivos de la Dirección Regional sindicaron como fortalezas importantes del MAIS el trabajo en equipo, y la consideración de la salud como individual y colectiva, en cada caso con el 50%. Los Directivos del Hospital Regional defienden la atención multienfoque y la tendencia de personal especializado en un 10%. Sus similares de Provincias mayormente no saben cuáles son las fortalezas del MAIS en el 30%, los menos, en el 10%, erigen a la prevención como fortalezas. Los Directivos de centros de Salud sindicaron de manera muy prevalente, al trabajo en equipo como la fortaleza mayor con el 60%. No obstante un 20% no sabe al respecto, y otro porcentaje similar asevera que la capacitación y la información son la base en este sentido, aunque sólo representan un 20%.

Se pueden establecer algunas similitudes en la manera de opinar de los Directivos de la Dirección Regional y los Jefes de Centros de Salud en lo que respecta al trabajo en equipo aunque en disímiles porcentajes. Otra concordancia importante es la habida entre los Directivos de la Dirección Regional y los Directivos de Hospitales de Provincias en lo referente a salud individual y colectiva.

Otra coincidencia revelable es la encontrada entre los Directivos de Hospitales de Provincias y los Jefes de Centro de Salud en lo que concierne a capacitación e información como fortaleza del MAIS.

GRÁFICA N° 6
FORTALEZAS DEL MAIS EN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y
CENTROS DE SALUD DE ICA



Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

TABLA N° 7
DEBILIDADES DEL MAIS EN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y
CENTROS DE SALUD DE ICA

DIRECTIVOS		DEBILIDADES DEL MAIS																		TOTAL	
		Presupuesto reducido		Falta de implement. y capacit.		Subasistencia social		Falta de liderazgo		Falta de movilidad		Idiosincracia del pac.		Falta de recursos human. e infraest.		No sabe		Subtotales			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De la Dirección Regional		1	50,00	1	50,00													2	100,00	2	100,00
De los Hospitales	Regional	1	10,00	1	10,00													2	20,00	10	100,00
	De Provincias	1	10,00	1	10,00	2	20,00	1	10,00			1	10,00	1	10,00	1	10,00	8	80,00		
De los Centros de Salud		1	20,00	1	20,00					1	20,00			2	40,00			5	100,00	5	100,00

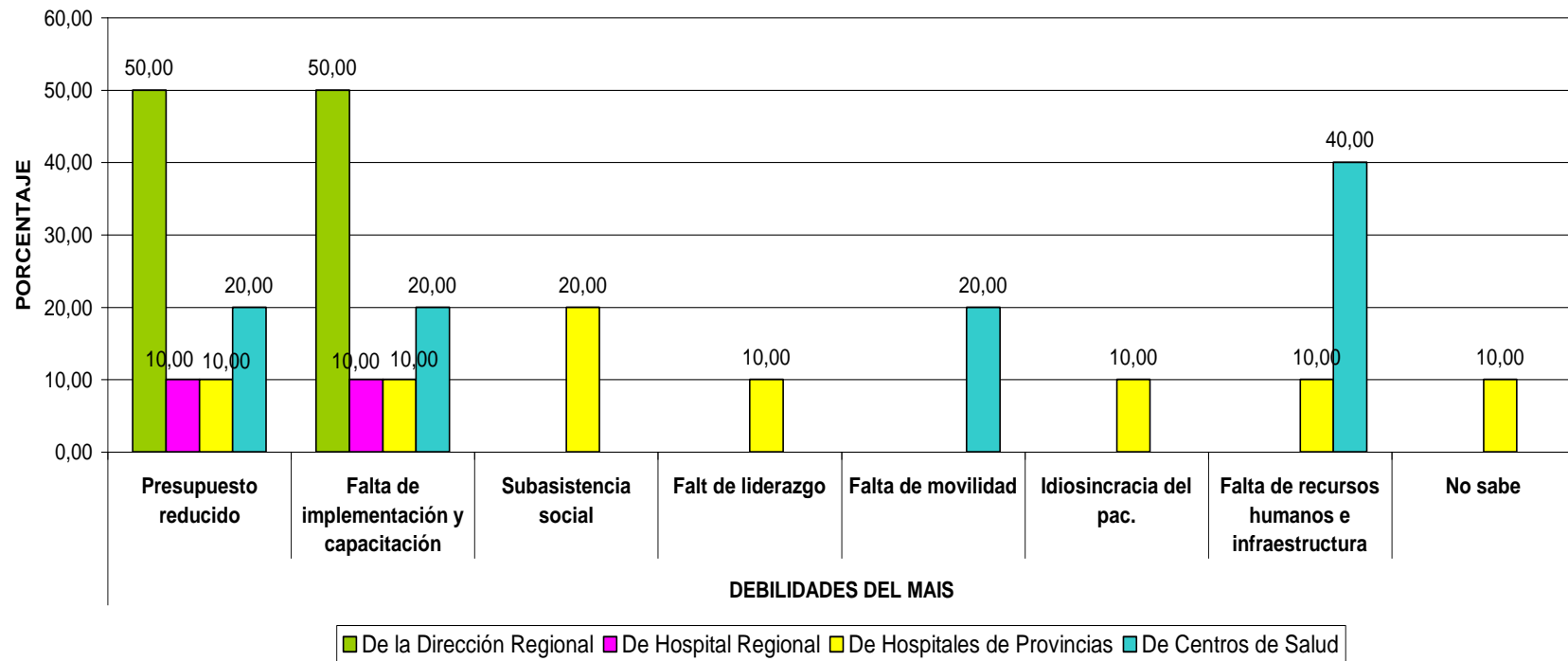
Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

Las debilidades más álgidas del MAIS en la opinión de los Directivos de la Dirección Regional son el presupuesto reducido y la falta de implementación y capacitación, en cada caso, con el 50%. Los Directivos del Hospital Regional opinan lo primero, pero en un 10%. En los Directivos de Hospitales de Provincias destacan la falta de implementación y capacitación, así como la subasistencia social, como la debilidad más frecuente, con el 20%, en cada caso. Los Jefes de Centros de Salud indican la falta de recursos humanos y de infraestructura (40%) como la debilidad más frecuente, no obstante los menos que constituyen el 20% en cada caso, insisten en el presupuesto reducido y la falta de implementación y capacitación, así como la necesidad de movilidad como las debilidades menos frecuentes.

GRÁFICA N° 7

DEBILIDADES DEL MAIS EN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA

123



Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

TABLA N° 8
CONTRIBUCIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL MAIS, SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA
DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA

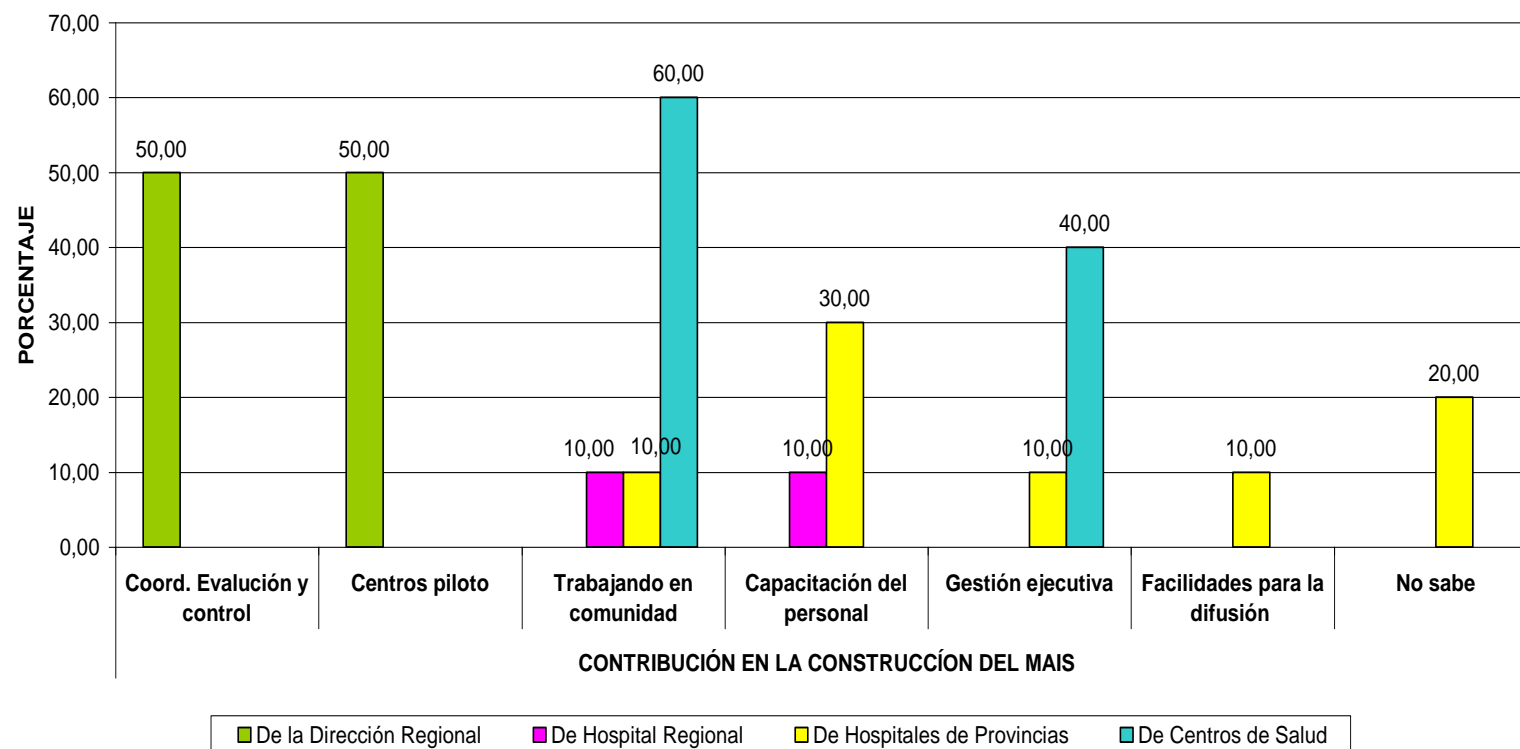
DIRECTIVOS		CONTRIBUCIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL MAIS																TOTAL	
		Coord. Evaluac. y control		Centros piloto		Trabajando en comunidad		Capacitación del personal		Gestión ejecutiva		Facilidades para la difusión		No sabe		Subtotales			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De la Dirección Regional		1	50,00	1	50,00											2	100,00	2	100,00
De los Hospitales	Regional					1	10,00	1	10,00							2	20,00	10	100,00
	De Provincias					1	10,00	3	30,00	1	10,00	1	10,00	2	20,00	8	80,00		
De los Centros de Salud						3	60,00			2	40,00					5	100,00	5	100,00

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

Los Directivos de la Dirección Regional sindicaron a la coordinación, evaluación y control así como los centros piloto como las contribuciones más importantes para la construcción del MAIS, en cada caso con el 50%. Los Directivos del Hospital Regional creen que el trabajo en equipo y la capacitación personal pueden constituir algún aporte con el 10% en cada caso. Sus similares de Provincias defienden mayormente a la capacitación del personal como la contribución más importante con el 30%; sin embargo, el trabajo en equipo, la gestión ejecutiva y las facilidades para la difusión, aunque manifestadas en un 10% en cada caso, constituirían contribuciones no menos importantes.

GRÁFICA N° 8

CONTRIBUCIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL MAIS, SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA



Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

TABLA N° 9
SUGERENCIAS PARA LA UNIFICACIÓN DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL MAIS A NIVEL NACIONAL, SEGÚN LA
OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA

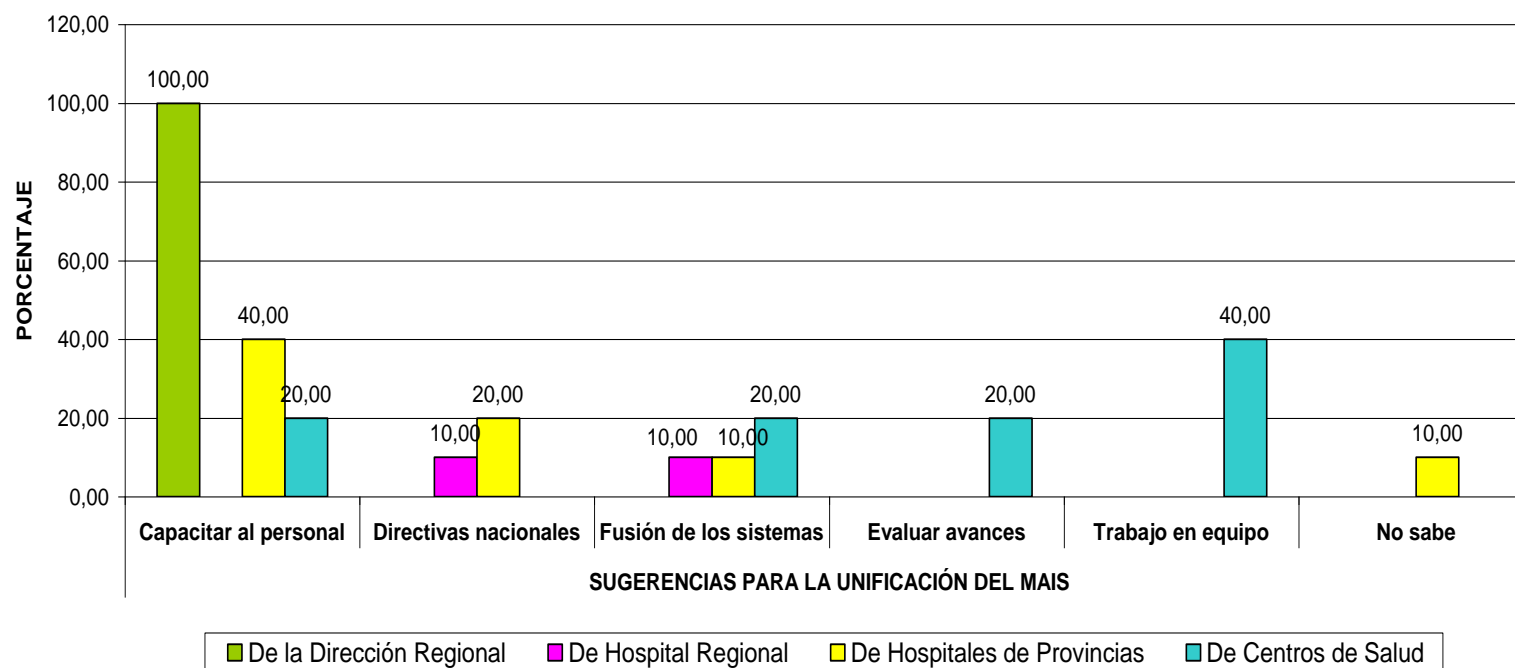
DIRECTIVOS		SUGERENCIAS PARA LA UNIFICACIÓN DEL MAIS														TOTAL	
		Capacitar al personal		Directivas nacionales		Fusión de los sistemas		Evaluar avances		Trabajo en campo		No sabe		Subtotales			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De la Dirección Regional		2	100,00											2	100,00	2	100,00
De los Hospitales	Regional			1	10,00	1	10,00							2	20,00	10	100,00
	De Provincias	4	40,00	2	20,00	1	10,00					1	10,00	8	80,00		
De los Centros de Salud		1	20,00			1	20,00	1	20,00	2	40,00			5	100,00	5	100,00

Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

Los Directivos de la Dirección Regional sugieren capacitar al personal en el 100% como modo operativo trascendente para unificar la conceptualización del MAIS. Los Directivos del Hospital Regional recomiendan más bien se den directivas nacionales y se promuevan la fusión de los sistemas de salud en cada caso en un 10%. Los Directivos de Hospitales de Provincias sugieren preeminentemente la capacitación del personal en el 40%, y orden decreciente las directivas nacionales y la fusión de los sistemas, aunque en un 20% y 10% respectivamente. Los Directivos de Centros de Salud recomiendan el trabajo en equipo con el 40%, y luego la capacitación del personal, la fusión de los sistemas de salud; y la evaluación de los avances con porcentajes similares del 20%.

GRÁFICA N° 9

SUGERENCIAS PARA LA UNIFICACIÓN DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL MAIS A NIVEL NACIONAL, SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE ICA



Fuente: Entrevista. MAIS-PDDR-H-CS-MINSA-D-ICA-2007.

ANEXO N° 5

DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD

RELACION DE ESTABLECIMIENTOS CATEGORIZADOS

REGION ICA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NIVEL DE CATEGORIZACION	RESOLUCION DIRECTORAL
HOSPITAL REFERENCIAL	HOSPITAL REGIONAL	II-2	R.D.N°247-2005-DRS/IDESP
CATEGORIZACION DE LA RED N° 1			
RED ICA PALPA NAZCA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NIVEL DE CATEGORIA	RESOLUCION DIRECTORAL
HOSPITALES	HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO	II-1	R.D.N°241-2005-DRS/IDESP
	HOSPITAL DE NAZCA	II-1	R.D.N°240-2005-DRS/IDESP
	HOSPITAL DE PALPA	I-4	R.D.N°527-2005-DRS/IDESP
MR SAN JUAN	C.S. SAN JUAN BAUTISTA	I-3	R.S. N°244-2005-DRS/IDESP
	P.S. CHANCHAJALLA	I-1	
	C.S.ACOMAYO	I-3	
	P.S. TINGUINA VALLE	I-2	
	P.S. FONAVI IV	I-2	
	P.S. SAN MARTIN DE PORRAS	I-2	
	P.S. EL CARMEN OLIVO	I-2	
MR SAN JOAQUIN	C.S. SAN JOAQUIN	I-3	
	P.S. SEÑOR DE LUREN	I-2	
	C.S. GUADALUPE	I-3	
	P.S. COLLAZOS	I-1	
	P.S. CERRO PRIETO	I-1	
	P.S. PAMPA DE VILLACURI	I-1	
	C.S. SUBTANJALLA	I-3	
	P.S. LA ANGOSTURA	I-1	
	P.S. YANQUIZA	I-1	
	P.S. ARRABALES	I-1	
	P.S. CAMINO DE REYES	I-1	
MR. TINGUINA-PARCONA	C.S. PARCONA	I-3	
	P.S. SANTA BARBARA	I-2	
	C.S. LOS MOLINOS	I-3	
	P.S. PAMPA DE LA ISLA	I-2	
	P.S. HUAMANI	I-1	
MR. LA PALMA	C.S. LA TINGUINA	I-3	
	P.S. YAURILLA	I-1	
	C.S. LA PALMA	I-3	
	P.S. CACHICHE	I-2	
	P.S. HUARANGO	I-2	
	C.S. LOS AQUIJES	I-3	
	P.S. EL ARENAL	I-2	
	P.S. PARINA CHICO	I-1	
	P.S. PP.JJ. EL ROSARIO	I-1	
	P.S. PAMPA HUASI	I-1	
	P.S. COCHARCAS	I-1	
MR. PUEBLO NUEVO	P.S. SAN JOSE DE CURIS	I-1	
	P.S. HUARANGAL	I-1	
	C.S. PUEBLO NUEVO	I-3	
	P.S. CALLEJON DE LOS ESPINOS	I-1	
	P.S. PARINA GRANDE	I-1	
	P.S. SAN RAFAEL	I-2	
	C.S. TATE	I-3	
	P.S. LUJARAJA	I-2	
	P.S. PUNO	I-1	
	P.S. CALDERONES	I-1	
	C.S. PACHACUTEC	I-3	
MR. SANTIAGO	P.S. EL PALTO	I-1	
	C.S. SANTIAGO	I-3	
	P.S. LA VENTA	I-2	
	P.S. STA. DOMINGITA	I-1	
	P.S. AGUADA DE PALO	I-1	
	C.S. OCUCAJE	I-3	
	P.S. PAMPA CHACALTANA	I-1	
MR. PALPA	P.S. CALLANGO	I-1	R.S. N°244-2005-DRS/IDESP
	P.S. CORDOVA	I-1	
	C.S. RIO GRANDE	I-3	
	P.S. SAN IGNACIO	I-1	
	P.S. SARAMARCA	I-1	
	P.S. SACRAMENTO	I-1	
	P.S. LLIPATA	I-2	
	P.S. SAN JACINTO	CERRADO	
	P.S. LA ISLA	I-2	
	P.S. PALMAR	I-1	
	P.S. PAMPA BLANCA	I-1	
	P.S. TIBILLO	I-2	

	P.S. SANTA CRUZ	I-1	
	P.S. SAN FRANCISCO	I-2	
	P.S. EL CARMEN	I-1	
MR. NAZCA	C.S. VISTA ALEGRE	I-3	
	P.S. BUENA FE	I-1	
	C.S. CHANGUILLO	I-3	
	P.S. CABILDO	I-1	
	P.S. COYUNGO	I-1	
	P.S. SAN JAVIER	I-1	
	C.S. EL INGENIO	I-3	
	P.S. TULIN	I-1	
	P.S. SAN LUIS DE PAJONAL	I-1	
	P.S. COPARA	I-1	
	P.S. TRANCAS	I-1	
	P.S. TORUGA	I-1	
	C.S. MARCONA	I-3	
	P.S. TUPACAMARU	I-1	
CATEGORIZACION DE LA RED N° 2			
RED CHINCHA-PISCO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NIVEL DE CATEGORIA	RESOLUCION DIRECTORAL
HOSPITALES	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	II-1	R.D.N°242-2005-DRS/DESP
	HOSPITAL SAN JOSE	II-1	R.D.N°246-2005-DRS/DESP
MR. CHINCHA	C.S. SUANPE	I-3	D.S.N° 243-2005-DRS/DESP
	C.S. GROCIO PRADO	I-3	
	P.S. BALCONCITO	I-1	
	P.S. TOPARA	I-1	
	P.S. CONDORILLO	I-2	
MR. PUEBLO NUEVO	C.S. PUEBLO NUEVO	I-3	
	P.S. SAN ISIDRO	I-2	
	P.S. LOS ALAMOS	I-2	
	P.S. SAN AUGUSTIN	I-1	
	P.S. EL SALVADOR	I-2	
	P.S. CHAVIN	I-2	
	C.S. ALTO LARAN	I-3	
	P.S. AYLOQUE	I-1	
	P.S. HUACHINGA	I-1	
	P.S. HUANUPIZA	I-1	
	P.S. SAN JUAN DE YANAC	I-1	
	P.S. SAN PERDRO DE HUACARPANA	I-1	
	P.S. BELLAVISTA	I-1	
	P.S. VISTA ALEGRE	I-1	
	P.S. LISCAY	I-1	
RED CHINCHA-PISCO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NIVEL DE CATEGORIA	RESOLUCION DIRECTORAL
MR. CHINCHA	C.S. CHINCHA BAJA	I-3	D.S.N° 243-2005-DRS/DESP
	P.S. SANTA ROSA	I-2	
	P.S. LURIGANCHO	I-1	
	C.S. TAMBO DE MORA	I-3	
	C.S. EL CARMEN	I-3	
	P.S. WIRACocha	I-1	
	P.S. HOJA REDONDA	I-2	
	P.S. SAN JOSE	I-1	
SAN CLEMENTE	C.S. SAN CLEMENTE	I-3	
	P.S. CAMACHO	I-1	
	C.S. INDEPENDENCIA	I-3	
	P.S. CABEZA DE TORO LATERAL -5	I-1	
	P.S. SAN JOSE DE CONDOR	I-1	
	P.S. TOMA DE LEON	I-1	
	C.S. HUMAY	I-3	
	P.S. BERNALES	I-2	
	P.S. LOS PARACAS	I-1	
	P.S. HUANCANO	I-1	
MR. TUPAC AMARU	P.S. PAMPANO	I-1	
	C.S. TUPAC AMARU INCA	I-3	
	P.S. CASALLA	I-2	
	C.S. SAN MIGUEL	I-3	
	P.S. SANTA CRUZ	I-2	
MR. PISCO	P.S. CUCHILLA VIEJA	I-1	
	C.S. SAN ANDRES	I-3	
	P.S. SAN MARTIN	I-2	
	C.S. PARACAS	I-3	
	P.S. LAGUNA GRANDE	I-1	

ANEXO Nº 6

FORMATO DE CONSENTIMIENTO CON PLENA INFORMACIÓN

Al firmar el presente documento expreso mi consentimiento voluntario para participar como unidad de estudio en la investigación **“MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LA PERCEPCIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE ICA 2007”**, que ejecuta la Mg. **ROSA ELVIRA CARO RAMOS** para optar su Grado Académico de Doctor en Medicina.

Comprendo plenamente la naturaleza del estudio y me comprometo a asistir a la entrevista y prestar la información a cada uno de los ítems de la cédula-guía.

También he sido informado cabalmente de que al dar mi consentimiento expreso, tengo derecho a la libre determinación, al principio de beneficencia, al anonimato, privacidad y confidencialidad de la información otorgada, sin excluir mi derecho a renunciar si lo juzgo conveniente, así como un trato digno y justo.

Finalmente tengo entendido que esta investigación ayudará a formular un diagnóstico cognoscitivo de la percepción respecto al MAIS, a efecto de establecer debilidades y fortalezas, y sugerir mejoras sustantivas al respecto.

Ica,.....

Investigado